GROSSESSE

ET

ACCOUCHEMENT

DANS L'UTÉRUS DIDELPHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1902

PAR

A. BOUSQUET

Né à Cornus (Aveyron), le 5 mai 1875

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (MÉDAILLE D'ARGENT 1896)
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (MENTION HONORABLE 1898)

EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ
INTERNE A L'ASILE DES ALIÉNÉS (HOPITAL GÉNÉRAL, MONTPELLIER)
N° 1, CONCOURS 1900

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (※) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (※)
Clinique médicale	GRASSET (※).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (※)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (※).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ※).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
DE ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. MAIRET ※, *président*. MM. PUECH, *agrégé*.
VALLOIS, *agrégé*. MOURET, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MA SŒUR

A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial

A MA BELLE-MÈRE ET A MON FRÈRE PAUL

A. BOUSQUET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A TOUS MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A. BOUSQUET

INTRODUCTION

Le point de départ de notre thèse est une observation intéressante de grossesse dans l'utérus didelphe, recueillie en ville par notre ami le docteur Reynès, chef de clinique obstétricale et gynécologique à la Maternité. Nous tenons à le remercier ici tout particulièrement de l'amabilité avec laquelle il l'a mise à notre disposition.

La grossesse dans l'utérus didelphe ne constitue pas une simple curiosité. Elle présente, en effet, un triple intérêt :

1° Un intérêt clinique, parce que la grossesse n'y évolue pas toujours d'une façon normale ;

2° Un intérêt diagnostique, parce que l'exploration de cette malformation n'est pas toujours facile, surtout s'il existe des complications dans l'utérus adelphe ;

3° Enfin et surtout un intérêt pratique, puisque le médecin est souvent obligé d'intervenir soit pendant la grossesse, soit au moment du travail, de la délivrance ou des suites de couches.

Notre étude comprend neuf chapitres.

Dans le premier, après avoir donné une définition et différencié l'utérus didelphe des deux autres variétés d'utérus double, nous faisons l'historique de la question.

Dans le second chapitre, nous faisons une étude suc-

exacte du développement et de la pathogénie de cette malformation.

Dans le troisième chapitre, nous étudions la grossesse dans l'utérus didelphe. C'est l'un des plus importants de notre travail.

Il comprend deux parties :

a) Étude de l'influence de l'utérus didelphe sur la grossesse ;

b) Étude de l'influence de la grossesse sur l'utérus didelphe.

Le quatrième chapitre traite de l'accouchement dans l'utérus didelphe. Nous avons successivement étudié les modifications subies par les phénomènes physiologiques et mécaniques du travail et les modifications subies par l'utérus vide ou gravide non parturient au moment de l'accouchement du premier utérus.

Nous avons jugé bon de réunir dans un cinquième chapitre la délivrance et les suites de couches, bien qu'en réalité la première fasse partie de l'accouchement.

Nous avons constitué également un sixième chapitre, court il est vrai, à propos de l'influence de l'utérus didelphe sur l'enfant.

Au septième chapitre, nous étudions les symptômes spéciaux à la grossesse dans l'utérus didelphe et nous faisons le diagnostic.

Le huitième chapitre établit le pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Dans le neuvième, nous indiquons ce que doit faire le praticien avant la grossesse s'il y a empêchement à la fécondation, et ce qu'il fera pendant la grossesse, le travail ou la délivrance, si des difficultés viennent à se présenter.

A l'occasion de notre dernier acte de scolarité, nous sommes heureux de témoigner toute notre reconnaissance à ceux qui se sont intéressés à nous durant le cours de nos études.

Nous remercierons tout d'abord M. le professeur Mairet, doyen de la Faculté de médecine, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Durant nos deux années d'internat, nous avons pu apprécier ses qualités d'enseignant et son amabilité à notre égard.

Nous remercierons également Messieurs les professeurs Forgue, Grasset et Grynfellt, dont nous avons été successivement l'externe.

MM. les professeurs agrégés Puech et Vallois nous ont toujours beaucoup intéressé dans leur cours. Nous leur sommes très reconnaissant des connaissances que nous avons acquises par leur enseignement.

Nous n'oublierons pas enfin de remercier M. le professeur agrégé Ranzier, qui est à la fois notre maître, notre ami et notre médecin. Ce dernier, les professeurs agrégés Lapeyre et Jeanbrau, et le docteur Malbois nous ont guidé dans la préparation du concours de l'internat des hôpitaux, auquel des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché de nous présenter.

Notre ami le docteur Guérin-Valmale, ancien chef de clinique à la Maternité, a droit à toute notre reconnaissance pour les leçons de tous les instants que nous avons reçues de lui durant notre externat à la vieille clinique d'accouchement. Nous le remercions infiniment des conseils qu'il nous a donnés pour la rédaction de notre thèse.

Je n'aurai garde d'oublier le docteur Ardin Delteil, chef de clinique médicale et médecin-adjoint à l'Asile, qui

nous a donné de nombreux enseignements cliniques au lit des malades, et nous a toujours témoigné son amitié.

Que nos collègues de l'Asile et nos amis des hôpitaux reçoivent ici tous nos remerciements pour les heures gaies qu'ils m'ont fait passer à table d'internat.

MM. les professeurs Treub, d'Amsterdam ; Bar, de Paris ; MM. les docteurs Maire, de Vichy, et Platon, de Marseille, ont droit à toute notre reconnaissance pour l'empressement qu'ils ont mis à nous communiquer leurs observations ou à nous donner des renseignements.

Nous remercions Mlles Liosner et Golfschneider, nos amis MM. Richter, Gonard et Némorin d'avoir bien voulu nous traduire des observations russes, allemandes ou anglaises.

M. Némorin a bien voulu se charger, en outre, de dessiner les schéma qui figurent à la fin de notre thèse. Nous lui en sommes très reconnaissant.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

DANS L'UTÉRUS DIDELPHE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — HISTORIQUE

Il existe trois variétés d'utérus double : l'utérus didelphe, bicorne et biloculaire

L'utérus didelphe est constitué par deux utérus complètement distincts, situés l'un à côté de l'autre, munis chacun d'une trompe et d'un ovaire.

Au point de vue de notre travail, il est très important de distinguer l'utérus didelphe des deux autres variétés d'utérus double.

L'utérus biloculaire (figure VI) revêt la forme extérieure d'un utérus normal. Une cloison longitudinale divise sa cavité en deux loges et cloisonne le col.

L'utérus bicorne (fig. IV et V) est l'utérus dont les corps sont entièrement ou en partie séparés et dont les cols sont fusionnés. Suivant le cas, le col est ou non cloisonné.

Chaque moitié de l'utérus didelphe possède un corps et un col bien conformés. Les cols peuvent être plus ou moins rapprochés l'un de l'autre. Ils sont parfois accolés (fig. III), comme les canons d'un fusil double ; mais ils n'en conservent pas moins leur individualité et ne cessent point pour cela d'appartenir à un utérus didelphe.

De même, comme l'a remarqué très souvent Pfannenstiel, les deux cols distants sont souvent reliés par un ligament intercervical.

L'utérus didelphe est une forme assez rare. C'est pourquoi ce n'est pas lui que l'on voit tout d'abord cité dans la littérature médicale.

En 1859, Küssmaul, dans un travail classique (Von den Mangel, Verkümmerung und Verdoppelung der Gebarmutter), dit que l'utérus didelphe a été observé chez des enfants non viables présentant d'autres difformités.

En 1863, Lefort, dans sa thèse d'agrégation, fit une importante revue des malformations utérines.

Dans ce travail, il cite des cas d'utérus didelphe chez l'enfant non viable et deux cas que la plupart des auteurs regardent comme peu probants.

Le premier cas de grossesse dans l'utérus didelphe connu est celui d'Olivier, en 1872.

En 1878, Benicke en publia un deuxième cas.

En 1888, Schröder, dans son manuel d'obstétrique, mentionne le cas de Benicke comme étant le seul de délivrance chez la femme avec utérus double séparé. Cependant, outre le cas d'Olivier, un certain nombre de cas avaient été publiés alors, comme on peut s'en rendre compte au chapitre des observations.

En 1894, Pfannenstiel, en Allemagne, rapporte un cas personnel et réunit 18 cas d'utérus didelphe chez l'adulte, dont 12 avec grossesse. Ces cas sont ceux d'Olivier, de

Benicke, de Dirner, de Strauch, de von Engel, de las Casas dos Santos, de Tauffer, de Müller, de Rossa, de Holzabfel, de Pfannenstiel.

Cet auteur est très prudent dans sa sélection et rejette tous les cas douteux.

L'année suivante, Giles, en Angleterre, publie un nouveau cas dans un travail où il donne 21 observations d'utérus didelphe chez l'adulte, dont 15 avec grossesse.

Sans doute, il n'eut pas connaissance du travail de Pfannenstiel ; et, en effet, il ne cite pas son cas. Giles est moins sévère que son prédécesseur. Il prend des cas comme ceux de Kubassow, rejetés par les autres auteurs. Il omit aussi le cas intéressant de Max Simon.

En 1897, Chéron, en France, publia le premier un travail d'ensemble basé sur 18 observations de grossesse qu'il a recueillies dans les diverses publications. Comme Giles, il n'a pas eu connaissance du travail de Pfannenstiel.

Il ne donne pas les observations de Simon et de Solman, qu'il n'a pas retrouvées. De même, les cas publiés en Amérique par Ameiss et Tuholske, en Allemagne par Wendling et Bäcker en 1896, ne sont pas consignés par lui.

Depuis, en consultant les divers journaux français ou étrangers, nous avons pu réunir 23 observations nouvelles, y compris l'observation de notre ami le docteur Reynès, de Montpellier.

Quelques-unes d'entre elles sont très intéressantes, non seulement en ce qui nous occupe, mais encore à un point de vue plus général, comme on le verra par l'observation et les réflexions du professeur Treub.

Ces observations sont par ordre chronologique :

Solman, 1893. — Grossesse dans une moitié d'utérus didelphe prise pour une grossesse extra-utérine. Laparatomie. Mort.

Simon, 1894. — Sept grossesses successives dans les deux utérus. La malformation n'avait pas été reconnue.

Pfannenstiel, 1895. — Grossesse normale dans l'utérus didelphe.

Ameiss, 1896. — Cloison vaginale empêchant le coït. Section. Grossesse.

Tuholske, 1896. — Deux grossesses dont une avec présentation du siège.

Bæcker, 1896. — Quatre grossesses à droite. Hématomètre et hématosalpinx du côté opposé. Laparatomie. Mort. Autopsie.

Mackenrodt, 1896. — Un utérus atrésié avec hématomètre. Grossesse dans le deuxième.

Wendling, 1896. — Grossesse dans un utérus avec hématocolpos et hématomètre dans l'autre. Accouchement prématuré. Malformation du fœtus.

Spitzer, 1897. — Hématomètre, hématosalpinx dans l'utérus droit avant la grossesse de l'utérus gauche. Grossesse dans l'utérus gauche.

Meurer, 1897. — Huit grossesses. Sept accouchements normaux et un avortement.

Sara Welt Kakes, 1898. — Stérilité. Dilatation et faradisation des deux utérus. Une grossesse dans l'utérus gauche mieux développé. Présentation du siège.

Platon, 1898. — Deux grossesses successives dans le même utérus. Deux présentations du siège. Deux fœtus morts durant l'extraction.

Baline, 1899. — Mort du fœtus. Accouchement prématuré. Présentation du siège. Lenteur du travail. Hésitation du diagnostic.

Lorenz, 1899. — Utérus petits. Dilatation. Une grossesse. Accouchement normal.

Oker Blom, 1899. — Neuf grossesses dans les deux utérus. Quatre avortements ou accouchements prématurés d'un utérus. Quatre grossesses à terme dans l'autre et un avortement.

Ferenczi, 1899. — Avortement. Menstruation durant la grossesse.

Nikolié, 1900. — Avortement.

Bouffe de Saint-Blaise, 1900. — Avortement à 3 mois. Infection Curettage. Mort. Autopsie.

Stavely, 1902. — Tuberculose pulmonaire. Un avortement à cinq mois. Deux accouchements prématurés.

Maire, 1902. — Grossesse double. Un avortement à cinq mois. La grossesse continue dans le deuxième utérus jusqu'à huit mois et demi. Malformation du fœtus

Treub, 1902. — Grossesse double dans un utérus double.

Reynès, 1902. — Grossesse d'un utérus. Eclampsie. Déchirure de la cloison.

Bar, 1902 — Grossesse unique dans un utérus didelphe.

L'utérus didelphe est sans doute une malformation utérine rare. Mais elle doit être plus fréquente qu'on ne le pense habituellement. Je n'en veux pour preuve que le nombre d'observations publiées durant ces cinq dernières années. A mesure que l'on observe mieux, on le trouve davantage.

CHAPITRE II

DÉVELOPPEMENT. — PATHOGÉNIE

L'utérus didelphe, comme les autres malformations utérines, s'explique très bien par l'embryologie.

Au 35e jour de la vie embryonnaire, on trouve de chaque côté de la colonne vertébrale deux corps allongés appelés corps de Wolf.

Le long du bord externe de chacun d'eux, court un conduit excréteur appelé canal de Wolf.

Enfin, en dehors de ce conduit mais accolé à lui, se trouve un cordon, d'abord plein, creusé plus tard, appelé conduit de Müller.

Canal de Wolf et conduit de Müller aboutissent inférieurement au cloaque.

Le canal de Wolf constitue le canal spermatique de l'homme. Il s'atrophie extrêmement chez la femme.

Chaque canal de Müller est croisé par le ligament de Hunter, qui le divise en deux parties distinctes : une partie supérieure, qui constitue la trompe ; une partie inférieure, le canal utéro-vaginal.

Les deux canaux utéro-vaginaux, primitivement séparés, se portent en avant du corps de Wolf, lui deviennent interne et s'accolent dans toute leur étendue au niveau de

la ligne médiane. Puis la cloison médiane provenant de la usion des deux canaux utéro-vaginaux se résorbe de bas en haut, substituant ainsi au double conduit primitif un vagin et une cavité utérine unique.

Si les deux conduits de Müller adossés au niveau de leur insertion sur le cloaque ne s'accolent pas au niveau de la partie qui doit former l'utérus, on a deux utérus séparés : c'est l'*utérus didelphe*.

Si le rapprochement des deux conduits de Müller se fait sur une plus grande hauteur, on a l'*utérus bicorne*.

La juxtaposition de deux canaux utéro-vaginaux se fait, mais la cloison de séparation persiste : on a l'*utérus biloculaire*.

Suivant que la cloison médiane persiste ou non au niveau du vagin, on a un vagin double ou un vagin unique.

La formation de l'utérus didelphe est donc due à un arrêt de développement. Cette disposition est normale chez certains animaux. Les marsupiaux, les monotrèmes possèdent, en effet, un utérus didelphe.

Cette anomalie coïncide très souvent avec d'autres vices de développement incompatibles ou non avec la vie. Les plus fréquents portent sur l'extrémité terminale du tube digestif et surtout sur l'appareil urinaire. Dans quelques-unes de nos observations, en effet, on a noté l'absence d'un rein à l'autopsie.

Cette anomalie constitue en quelque sorte un stigmate obstétrical de dégénérescence, dégénérescence qui s'accuse parfois chez le descendant par des malformations analogues ou des malformations d'un autre genre, comme l'asymétrie faciale ou la gueule de loup.

Les embryologistes ont recherché les causes qui président à la constitution de cette anomalie.

Pour les uns, le rapprochement des canaux de Müller

serait empêché par l'existence du ligament recto-vésical. Ce ligament a été rencontré, en effet, un certain nombre de fois à l'autopsie. On a pu constater son existence sur le vivant par la palpation. Mais, dans beaucoup de cas aussi, il est absent.

Pozzi, Pfennenstiel ne lui accordent pas grande valeur étiologique. Sa formation paraît plutôt subordonnée à l'existence de deux utérus séparés.

D'autres, pour expliquer la largeur du bassin observée dans un certain nombre de cas, pensent que l'union des deux conduits de Müller est moins facile dans un bassin large.

Pfennenstiel se rallie enfin à la théorie de Thierch. Ce serait l'existence prolongée du corps de Wolf qui empêcherait l'union des deux canaux de Müller.

En réalité, la pathogénie de l'utérus didelphe n'est pas encore éclaircie.

CHAPITRE III

GROSSESSE

I. — Influence du didelphisme sur la grossesse

a) *Peut-il y avoir grossesse ?* — Dans la majorité des cas, la fécondation est possible, comme le prouve le grand nombre de grossesses dans l'utérus didelphe.

C'est ainsi que Pfannenstiel, sur un relevé de 18 cas d'utérus didelphe, a rencontré 12 femmes grosses.

Sur vingt et un cas rapportés par Giles, quinze femmes étaient mariées et quinze sont devenues grosses.

Non seulement la grossesse est possible, mais les femmes dotées de cette anomalie sont parfois très fécondes ; témoin le cas d'Olivier (6 grossesses) cité par Chéron, et ceux que nous avons trouvés de Simon (7 grossesses), de Meurer et Treub (8 grossesses), d'Oker Blom (9 grossesses).

On conçoit cependant que la femme reste stérile si l'état des organes génitaux s'oppose à la fécondation. La malade d'Ameiss avait un septum vaginal qui empêchait le coït, et elle n'est devenue enceinte qu'après sa section.

Dans le cas de Mme Sara Welt Kakes, le développe-

ment incomplet et la position vicieuse des deux utérus s'opposait à la gestation.

O. Bernhard rapporte un cas de stérilité chez une femme porteuse d'un utérus didelphe dont les deux moitiés étaient atrophiées.

b) *Variétés de grossesse !* — La grossesse est unique ou répétée.

Dans bon nombre de cas, elle est restée unique.

Dans le cas de grossesses successives, les deux utérus ont été habituellement gravides.

Il peut arriver cependant que la grossesse se répète toujours du même côté, comme dans le cas d'Olivier cité par Chéron et dans les cas de Stavely, Platon, Wendling et Backer survenus depuis.

Nous avons remarqué que dans ce cas il y avait presque toujours empêchement à la fécondation du côté opposé.

Dans le cas d'Olivier et de Platon, l'utérus adelphe était resté vierge parce qu'il était petit et atrophié. Dans le cas de Wendling et de Backer, parce qu'il était fermé (hématocolpos, hématomètre).

Il est évident que l'utérus didelphe favorise la grossesse double. De ce fait, nous avons trouvé quatre exemples.

L'imprégnation se fait habituellement au même moment dans chaque utérus, comme dans les trois cas d'Althen, de Maire et de Treub.

Mais il peut y avoir superfétation, comme le prouve l'observation de Sotschawa.

Novicov, dans un récent article (*Semaine médicale*, n° 12, 1902), signale trois cas de grossesse double dans un utérus double où il semble bien y avoir eu superfétation. Les deux premiers ont été observés par une sage-femme; on ne sait pas quelle était la variété d'utérus

double. Le troisième a été observé par Novicov lui-même et a eu lieu dans un utérus bicorne à un seul col.

D'une façon générale, il y a synergie fonctionnelle entre les deux utérus.

Ils participent également à la menstruation, et, pendant la grossesse de l'un d'eux, les règles cessent des deux côtés.

Ce phénomène est nettement indiqué dans les observations de Welt Kakes, Baline, Lorenz, Oker Blom et Stavely, réunies par nous.

D'autre part, comme nous le verrons plus loin, l'utérus vide subit des modifications importantes qui s'opposent à sa fécondation.

Mais ce n'est pas là une règle absolue. Il existe des cas où l'indépendance physiologique entre les deux utérus s'est marquée par la persistance des règles pendant la grossesse. Henderson l'a remarquée une fois. Il la considère, du reste, comme un bon signe de duplicité utérine.

Dans le cas de Müller, il y eut menstruation de l'utérus gauche, l'utérus droit étant gravide (1).

Nous avons trouvé un nouveau cas. La malade de Férenczi était réglée tous les quatorze jours en temps normal. Durant la grossesse, la menstruation revint toutes les quatre semaines.

Si l'on admet, avec la plupart des auteurs, que la menstruation est un signe d'ovulation, il n'y a pas de raison pour que, dans ces deux cas, l'utérus adelphe ne devînt gravide, comme dans le cas de Sotschawa.

Cette indépendance physiologique se marque même en dehors de la gravidité.

(1) Nous n'avons pu trouver cette observation.

Spprig (*the American Journal of the obstetric*, 1895) cite le cas d'une femme avec utérus didelphe et vagin double dont les deux utérus étaient alternativement menstrués.

Dans le cas de Von Engel, chaque utérus était réglé séparément. Le flux commençait toujours du côté le mieux développé, durait deux ou trois jours, après quoi on remarquait un flux de sang à gauche de un jour et demi.

Le même fait a, du reste, été constaté pour l'utérus double biloculaire. Hergott signale un cas de menstruation successive dans un utérus biloculaire. Pruvost a noté le fait suivant chez une femme qui a eu cinq enfants. Elle était réglée pendant trois jours, puis il y avait un jour de repos et une nouvelle menstruation de trois jours.

c) *Évolution de la grossesse.* — Souvent la grossesse évolue jusqu'à terme.

Mais on observe fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Si nous exceptons le cas de Solman où l'on fit la laparotomie, les 3 cas de Stavely et l'observation de Nebikoff, où il y avait tuberculose pulmonaire, ainsi que le cas de Chéron où l'avortement est attribué à une course en omnibus, nous trouverons 27 avortements ou accouchements prématurés.

Contrairement à l'opinion de Chéron nous pensons que *l'avortement et l'accouchement prématurés sont relativement plus fréquents que dans l'utérus normal.*

Le même auteur déclare : « Nous ne pensons pas que la malformation utérine soit cause de l'avortement ni de l'accouchement prématuré. » Cette opinion nous paraît erronée. Lorsqu'on lit, en effet, les observations d'utérus

didelphe, on s'aperçoit que l'une des moitiés utérines est souvent moins développée que l'autre. Si la grossesse a lieu de ce côté, il n'est donc pas étonnant que l'utérus gravide soit incapable de subir une distension suffisante pour loger le fœtus à terme.

L'observation d'Oker Blom est très nette à cet égard. Tandis que du côté droit il y eut quatre grossesses à terme et un avortement, à gauche il y a eu quatre avortements ou accouchements prématurés. Au fur et à mesure que les grossesses se répètent à gauche, elles se rapprochent d'autant plus du terme. C'est absolument l'allure de la grossesse dans l'utérus pubescent. Effectivement, l'utérus droit ne mesure que 5 centimètres à l'hystéromètre.

d) *Évolution des grossesses doubles.* — Nous sommes assez heureux, contrairement à nos prédécesseurs, pour pouvoir parler avec quelques détails de la grossesse double.

Dans les cas de Sotschawa et de Althen rapportés par Chéron la grossesse s'est interrompue dans les premiers mois.

Dans le cas de Maire, il y eut avortement spontané d'un utérus et accouchement prématuré de l'autre.

Dans le cas de Treub il y eut accouchement prématuré à huit mois et demi d'un côté et expulsion à terme de l'autre. Il semble donc que la grossesse soit plus exposée à une interruption lorsque les deux utérus sont gravides. Mais il faut bien remarquer que l'avortement ou l'accouchement prématuré n'est pas fatalement simultané pour les deux utérus, Il semble, au contraire, qu'une disjonction s'opère entre les deux grossesses.

Après l'expulsion d'un œuf l'autre profite souvent de la

place faite dans l'abdomen et son évolution continue parfois jusqu'à terme.

Il semble même que si le travail se produit dans les premiers mois de la grossesse, les deux utérus sont plus synergiques et l'expulsion du second œuf suit rapidement celle du premier.

Au contraire, lorsque la grossesse est plus rapprochée du terme, l'accouchement d'un utérus n'est pas fatalement suivi de l'accouchement du second. Il nous a ainsi semblé que l'indépendance dynamique des deux utérus s'accentue de plus en plus avec l'âge de la grossesse.

e. *Troubles de l'évolution de la grossesse.* — L'évolution de la grossesse a été troublée dans trois cas par des crises d'éclampsie. Ce sont ceux d'Olivier, de Chéron et de Reynès.

Les cas d'éclampsie paraissent plus fréquents dans l'utérus didelphe. Nous avons, en effet, trois cas pour 55 accouchements et 91 grossesses.

On peut se demander si la compression exercée sur l'appareil urinaire et en particulier sur l'uretère, n'est pas plus grande dans ces grossesses anormales. Rappelons, enfin, que dans cet appareil urinaire lui-même, peuvent exister des anomalies ou des absences d'un rein, ainsi que cela a été noté dans plusieurs observations avec autopsie. Il peut en découler une insuffisance rénale pendant la grossesse.

f. *Présentation.* — La présentation est toujours longitudinale. Dans chaque utérus, le grand axe de l'organe a toujours une direction plus ou moins verticale. Il est donc naturel que le fœtus accommode aussi son grand axe dans le sens de celui de l'utérus, en sorte qu'il y ait toujours au voisinage du col une extrémité céphalique ou pelvienne.

Sur ce point, on pourra trouver étrange au premier abord que nous soyons en complet désaccord avec la plupart des auteurs qui se sont occupés des grossesses dans les utérus doubles. Ceux-ci assurent, en effet, que les présentations y sont fréquemment vicieuses et que celle de l'épaule, en particulier, s'y rencontre souvent. Notre opinion est absolument contraire en ce qui concerne l'utérus didelphe. Jamais la présentation de l'épaule n'y a été rencontrée. Cette contradiction s'explique parfaitement ; les auteurs confondent très souvent, dans une étude commune les diverses formes d'utérus double. Or, le plus grand nombre de ces derniers est représenté par l'utérus bicorne et ses multiples variétés. Ce fait seul explique la fréquence des présentations de l'épaule, car, dans ces utérus, l'éperon médian diminue la hauteur de l'organe et son grand axe devient alors le diamètre transversal. Dans notre cas, au contraire, la matrice n'est jamais diminuée de hauteur. Si elle a perdu dans un sens c'est dans sa largeur. Rien n'incitera aux présentations de l'épaule, tout poussera aux présentations d'une extrémité céphalique ou pelvienne.

La présentation du sommet est de beaucoup la plus commune. *Une chose nous a frappé, c'est la fréquence relative des présentations du siège.* Tandis que, dans l'utérus normal, on trouve 1 siège sur 60 cas environ, dans l'utérus didelphe cette proportion est considérablement augmentée. Ce fait avait échappé aux auteurs et Chéron cite 1 seul cas de siège sur 29 grossesses ; il ne s'aperçoit même pas qu'il en existe deux dans ses observations : celui de Von Ditter et celui de Tauffer.

Nous avons trouvé sept nouvelles présentations du siège : celles de Tuholske, Well-Kakes, Platon (*bis*), Baline, Stavely et Wendling.

Nous avons donc, en tout, 9 sièges pour 55 accouchements. La proportion devient 1/6. Nous sommes loin des 1/60 que donne Budin et Crouzat pour l'utérus normal. Dans l'utérus didelphe, d'après nos chiffres, la présentation du siège serait dix fois plus fréquente que dans l'utérus normal.

Assez souvent j'ai rencontré le siège décomplété, témoin les trois cas de Von Ditter, Tauffer et Platon, où il était mode des fesses.

II. — Influence de la grossesse sur l'utérus didelphe

L'utérus gravide subit les modifications habituelles de la grossesse. Cependant, il existe chez lui quelque chose de plus.

Le plus souvent, en effet, il s'incline latéralement. Cette inclinaison n'est que l'exagération de la situation normale.

Les deux utérus ont, en effet, leur grand axe oblique.

Ce fait est nettement indiqué dans bon nombre d'observations.

Dans le cas de Chéron et d'Oker Blom, les femmes ont pu indiquer l'utérus qui avait été le siège des deux grossesses précédentes d'après la position de la tumeur.

Dans les observations de Baline et de Loreuz, le fond de l'utérus est incliné à gauche.

Dans les cas de Simon et du Dr Reynès il est incliné à droite.

L'utérus gravide subit, en outre, un mouvement de rotation sur place, dû à l'action du ligament rond. Pfannenstiel insiste sur ce fait et l'explique très bien.

Dans l'utérus normal les deux ligaments ronds tendus ont une tendance à attirer l'utérus en bas et en avant. L'équilibre médian est à peu près maintenu. Dans l'utérus didelphe, la moitié utérine, gravide sous l'influence de la traction de son unique ligament rond, tourne autour de son axe le plus long. De cette façon, le bord externe de l'utérus ainsi que le ligament rond viennent se mettre en avant.

L'utérus vide lui aussi est le siège de modifications importantes durant la grossesse.

Dans bon nombre d'observations on note son augmentation de volume dû à l'épaississement des parois et à l'agrandissement de la cavité.

Le col se ramollit et diminue même de longueur. Il est parfois obstrué par un bouchon muqueux comme dans l'observation de Nikolié. La muqueuse utérine s'hypertrophie, constituant ainsi une véritable caduque dont nous verrons la destinée ultérieurement.

Le ligament intercervical de Pfaunenstiel ramolli acquiert une plus grande laxité. Aussi, dit cet auteur, est-il plus facile de le sentir durant la grossesse.

CHAPITRE IV

ACCOUCHEMENT

« Dans la plupart des cas observés dans la littérature médicale, l'accouchement a eu lieu sans aucun trouble», dit Pfannenstiel.

D'après les observations recueillies jusqu'ici, l'accouchement a été normal 12 fois. Mais, dans un certain nombre de cas, le travail a été modifié par le didelphisme.

Pour en faire une étude à peu près complète, il faut passer en revue les divers phénomènes physiologiques et mécaniques de l'accouchement.

Phénomènes physiologiques

Les contractions utérines sont, en général, suffisantes pour expulser le fœtus. Elles sont même parfois très violentes, comme dans le cas de Tschudy et du Dr Reynès.

Dans quelques cas, cependant, elles ont été insuffisantes. Il y a eu inertie utérine.

C'est ainsi que dans les cas de Benicke, von Engel, Simon, Maire et Treub, on a dû recourir au forceps à cause de la faiblesse des contractions.

On n'a rien noté de spécial concernant les contractions abdominales, les modifications de forme et de position de l'utérus parturient.

L'effacement du col a eu lieu durant la grossesse dans l'observation de Solman.

Dans le cas de Tschudy, il y avait sténose du col s'opposant à la dilatation. On dut pratiquer l'opération de Porro.

Dans les deux cas de Platon, la dilatation fut très lente et, lors du premier accouchement, on dut placer un ballon de Champetier.

Dans le cas de Treub on dut intervenir par la dilatation manuelle.

La formation de la poche des eaux, sa rupture, paraissent s'effectuer normalement. Notons, cependant, le cas de Treub, où, lors du premier accouchement, la rupture eut lieu précocement avec une dilatation de 3 à 4 centimètres, et le cas de Wendling, où la rupture a eu lieu une heure après le début du travail

Dans les cas de vagin double, l'ampliation du canal vagino-vulvaire se fait mal. La cloison médiane est susceptible de constituer un obstacle à l'expulsion.

Nous citerons le cas de Strauch, où la tête a été maintenue durant deux heures. La descente n'a pu s'accomplir que grâce à la section de la cloison.

Assez souvent, cette gène est de courte durée. L'ampliation du vagin s'accomplit avec une déchirure spontanée de la cloison, comme dans les cas de Rossa, Von Ditter, Giles et Welt Kakes.

Dans le cas de Benicke et du docteur Reynès, la rupture s'est produite sous l'influence d'une application de forceps.

Mais, si le vagin est large, il n'y a pas de rupture.

Dans le cas de Meurer, la cloison est intacte après sept accouchements ; dans le cas de Platon, après deux sièges; dans le cas de Baline, après un siège.

Le périnée semble jouir d'une certaine élasticité.

Dans trois cas seulement, sa déchirure est signalée : ceux de Simon, Rossa et Reynès. Chez deux femmes, les tissus œdématiés, à cause de l'albuminurie, ont cédé facilement.

Dans le cas de Rossa, le dégagement s'est opéré avec une déchirure, mais le vagin gauche était oblitéré inférieurement.

Phénomènes mécaniques

Si l'on observe maintenant les divers temps du mécanisme de l'accouchement, on trouve des modifications. L'amoindrissement est gêné la plupart du temps

Etant donnée l'obliquité utérine, il est évident que l'utérus s'épuise en efforts inutiles. La tête ou le siège n'est pas chassé dans l'axe du bassin, mais vient buter contre l'utérus vide.

Le sommet peut même se défléchir, ce qui est arrivé dans le cas du docteur Reynès, où la tête avait tendance à faire front ou face.

Lorsqu'il y a présentation du siège, le pelotonnement est gêné. Il se décomplète suivant le mode des fesses comme dans les cas de Ditter, Tauffer et Platon. Ou bien le siège soulevé par l'utérus vide ne laisse sentir que ses pieds, ce qui, dans trois cas, a fait dire aux auteurs que la présentation était mode des pieds.

L'engagement a été parfois empêché ou considérablement gêné par la présence de l'utérus vide à cause de sa situation vicieuse ou de son augmentation de volume.

La *rétroversion de l'utérus* non gravide peut être, en effet, une cause de dystocie. Le fait s'est reproduit quatre

fois. Dans le cas de Benicke, on a dû recourir aux forceps. Dans le cas de Holzabfel on fit la version. Dans le cas de Las Casas dos Santos on réduisit la rétroversion.

Enfin, dans le cas de Tauffer, l'accouchement eut lieu après un travail très lent. L'utérus vide joue, par rapport à l'utérus gravide, le rôle d'une tumeur enclavée dans le petit bassin.

La *simple augmentation* de volume que subit l'utérus vide durant la grossesse de son voisin peut être aussi une cause de dystocie. C'est ce qui s'est produit dans les cas d'Olivier et de Von Engel, qui ont nécessité un forceps ; dans les cas de Stavely et du docteur Reynès, où le travail a duré trois jours ; dans les cas de Tuholske, de Baline, de Platon où le travail a été très laborieux.

L'augmentation de volume de l'utérus non gravide peut être plus considérable encore. Lorsque le vagin est obturé, il se produit une accumulation du sang des règles dans le vagin et l'utérus non gravide (hématomètre, hématocolpos). Cette variété dystocique, qui n'avait point été signalée dans les travaux antérieurs, a son importance. Elle s'est produite depuis, dans le cas de Wendling, où l'on a dû inciser et vider l'hématomètre pour extraire l'enfant logé dans la cavité voisine.

Le même fait aurait pu se produire dans le cas de Rossa, si une ouverture naturelle ou accidentelle de la cloison vaginale n'avait facilité l'écoulement des règles de l'utérus droit.

Si, chez la malade de Spitzer, l'hématomètre et l'hématocolpos n'avaient point été préalablement vidés, il est évident que l'accouchement qui suivit aurait été gêné.

Toutefois, dans le cas de Bæcker, une femme a pu accoucher quatre fois sans secours, bien qu'il existât un hématomètre depuis 5 ans dans l'utérus voisin. Il est pro-

bable que la tumeur, qui au moment de l'extirpation était grosse comme une tête d'enfant, n'a dû acquérir ce volume qu'après son dernier accouchement ou que, se comportant comme un kyste de l'ovaire volumineux, elle remontait au-dessus du petit bassin quand la tête s'engageait.

Il semble que l'engagement doive considérablement être gêné lorsqu'il existe une grossesse dans chaque utérus.

Pour en juger, nous n'avons que les deux cas du docteur Maire et du professeur Treub, qui ont été publiés récemment.

Nous ne savons point ce qui s'est passé dans le cas du docteur Maire, lors de l'avortement à 5 mois.

Dans le cas unique et très intéressant du professeur Treub, les deux fœtus étaient en présentation du sommet. Le sommet droit s'est engagé, le gauche restant au-dessus de la symphyse.

L'engagement a, par conséquent, été possible. Mais le travail a été extrêmement lent. Il a commencé le 13 mars à minuit et s'est continué très lentement jusqu'au 17 mars à 11 heures du soir. Même à ce moment, la dilatation n'était pas complète. Comme l'enfant souffrait, on fit la dilatation manuelle et une application de forceps.

Par conséquent, l'amoindrissement et l'engagement sont parfois difficiles.

La rotation ne semble avoir été gênée dans aucun cas. Du moins, on ne l'a jamais indiqué.

La tête ou le siège ne peuvent, en effet, s'engager suivant un diamètre qu'autant que l'utérus vide ne s'y trouve pas. Celui-ci ne peut donc se loger que dans l'autre diamètre en avant ou en arrière de la présentation.

Il se loge toujours à côté et en arrière, comme le

montrent les observations, au niveau de l'excavation sacro-iliaque.

Du reste, en raison de l'indépendance des deux utérus, l'autre s'élève au niveau ou au-dessus du détroit supérieur.

On n'a jamais rien signalé de particulier aux autres temps.

Un point qui n'a pas une grande importance, mais que nous signalons en passant, c'est que les auteurs ne parlent pas de circulaire du cordon. Vu la fréquence des circulaires dans l'accouchement normal (1/3), on peut admettre ou que les auteurs les ont négligés ou qu'on les rencontre moins souvent.

En résumé, on peut dire que dans beaucoup de cas l'accouchement est plus lent.

Trois ordres de causes paraissent contrarier le travail :

1° Des causes tenant à l'utérus gravide : ce sont l'insuffisance des contractions, l'inclinaison utérine ou la sténose du col ;

2° Des causes tenant à l'utérus non parturient : la rétroversion, l'augmentation de volume de cet organe ou sa gravidité.

3° Des causes tenant au vagin : la résistance opposée à la descente de la présentation par la cloison vaginale médiane.

Modifications apportées par le travail dans l'utérus vide ou gravide non parturient

L'utérus vide. — L'utérus vide subit des modifications importantes au moment du travail.

Tout d'abord il est le siège de véritables contractions douloureuses, comme l'utérus qui accouche.

Ce fait est nettement indiqué dans l'observation de Chéron, où les contractions qui avaient existé durant la grossesse « étaient surtout manifestes au moment du travail où l'utérus droit se contractait en même temps que le gauche ».

En relisant l'observation de Holzalbfel, nous avons trouvé que « les douleurs existaient aussi du côté droit » au moment du travail.

Outre ces phénomènes de contraction, on observe encore au niveau du col de l'effacement et de la dilatation ou sinon une véritable dilatation, du moins une large béance.

Dans le cas de Benicke, l'orifice externe ouvert permettait l'introduction d'un hystéromètre.

Dans l'observation de Rossa, le col de l'utérus non gravide est ouvert et présente une dilatation de deux centimètres.

Dans le cas de Holzabfel, le col légèrement perméable laisse passer un doigt.

Dans le cas de Chéron, le doigt pénètre dans la cavité utérine vide d'où il extrait la caduque avec des caillots sur le point d'être expulsés. Même dans le cas d'avortement, le col de l'utérus vide se modifie. Ainsi, dans le cas de Férenczi, le col s'entr'ouvrit et permit l'introduction d'un doigt.

Tous ces phénomènes aboutissent à l'expulsion d'une caduque.

b) Le second utérus est lui aussi gravide. — Ces phénomènes sont encore plus marqués si le second utérus est lui-même gravide.

Nous ne savons pas ce qui s'est passé lors du premier travail dans le cas du Dr Maire. Mais la très intéressante

observation du professeur Treub nous sera d'un grand secours pour éclaircir ce point. Dans ce cas, les contractions utérines ont été étudiées avec un soin particulier.

On remarque l'indépendance relative des contractions des deux utérus.

« Tantôt un seul des utérus se contracte, soit le droit, soit le gauche, et l'autre reste en repos. Tantôt, quand la contraction de l'une des matrices est à son maximum ou bien déjà plus tôt ou un peu plus tard, la seconde entre en contraction. Enfin, de temps à autre, on observe une contraction simultanée des deux utérus. »

Comme l'a fait remarquer Keiffer lors de la publication à la Société obstétricale de France (6 avril 1902), la même action se produit chez les animaux, action tantôt synergique, tantôt indépendante des deux utérus.

De plus la localisation de la douleur était différente.

Les contractions de l'utérus droit se traduisaient par des douleurs aux reins, celles de l'utérus gauche au-dessus de la symphise. Comme l'explique parfaitement M. le professeur Treub, les douleurs de l'utérus droit sont dues à des tiraillements du péritoine, celles de l'utérus gauche à la pression de la tête sur la symphyse.

Ainsi donc, un véritable travail s'ébauche parfois dans l'utérus adelphe, qu'il soit vide ou en état de gestation.

Dans le cas d'utérus plein, le travail peut ne pas aboutir ; dans le cas d'utérus vide, il aboutit souvent à l'expulsion d'une caduque.

CHAPITRE V

DÉLIVRANCE. — SUITES DE COUCHES

La délivrance est normale le plus souvent.

Un certain nombre de fois cependant, on a dû pratiquer la délivrance artificielle, soit que le placenta reste sans se décoller dans la cavité utérine, comme dans le cas de Rossa, soit que l'hémorragie la nécessite, comme dans les cas de Benicke, de Wendling et du Dr Reynès.

L'avortement lui-même se complique parfois d'hémorragie (Nikolié) ou d'infection (Bouffe de Saint-Blaise, Althen).

Un point assez particulier dans la délivrance de l'utérus didelphe, c'est que nous n'avons jamais noté l'insertion basse du placenta et que les hémorragies nous ont paru assez rares. Sur les trois cas où elle est mentionnée, il en est un du moins (Reynès) où elle s'explique tout naturellement par l'albuminurie. On sait, au contraire, que dans l'utérus bicorne et l'utérus biloculaire l'hémorragie de la délivrance est un accident fréquent par suite de l'insertion vicieuse du placenta, soit sur le segment inférieur, soit sur la cloison utérine (Thèse de Le Maître).

Les suites de couches sont également normales. On conçoit cependant la possibilité de complications, étant donnée la fréquence relative de la dystocie dans l'utérus

didelphe. La malade du Dr Reynès eut un peu de température, qui céda très rapidement du reste sous l'influence d'une injection intra-utérine.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, au moment de l'involution utérine il se produit un phénomène remarquable du côté opposé quand l'utérus est vide. La muqueuse utérine, hypertrophiée pendant la grossesse, tombe comme une véritable caduque.

Suivant nos remarques, sa chute a lieu généralement vers le troisième jour.

Cette dénidation, qui a été relevée cinq fois par Pruvost dans l'utérus double biloculaire, a été assez souvent notée dans l'utérus didelphe, entre autres dans les observations de Strauch et de Tauffer, de Chéron, citées par ce dernier auteur, dans les observations de Spitzer, Pfannenstiel et Meurer réunies par nous.

Dans le cas de Holzalbfel l'extraction manuelle de la caduque fut faite avant son expulsion.

Cette expulsion de la caduque de l'utérus non gravide présente une grande analogie avec ce qui se produit chez l'utérus normal dans le cas de grossesse extra-utérine. On sait que lors de la rupture du kyste fœtal ou bien lors de la cessation de la grossesse par mort du produit de la conception, il existe du côté de l'utérus des contractions douloureuses, rappelant en tout point l'accouchement et qui constituent ce qu'on appelle le faux travail. Or, il est de règle que ces phénomènes aboutissent à l'expulsion d'une caduque qui s'était produite dans l'utérus, quoiqu'il ne fût pas gravide.

CHAPITRE VI

UTÉRUS DIDELPHE ET ENFANT

a) *Sexe*. — L'utérus didelphe a-t-il une influence sur le sexe ? Nous ne saurions l'affirmer. Dans la plupart des observations on ne l'indique pas en effet. Dans les quelques cas où il est mentionné, on trouve un plus grand nombre de filles que de garçons.

On trouve, en effet, 1 fille dans les observations de Giles, Simon, Baline, Lorenz, Stavely, 3 filles dans l'observation d'Oker Blom et 2 garçons dans l'observation du professeur Treub.

b) *Poids*. — Nous avons aussi peu de renseignements sur le poids de l'enfant. Dans les observations où on l'indique, il semble, cependant, qu'il soit un peu inférieur à la moyenne. En tout cas, on ne trouve jamais un poids supérieur.

Dans le cas de Chéron, l'enfant pesait 1,100 gram. à six mois.

Dans le cas de Holzabfel, il pesait 3.150 gram. à terme.

Dans le cas du Dr Maire, il pesait 2.480 gram. à 8 mois et demi.

Dans le cas du professeur Treub, le premier enfant

pesait 2,030 gram. à 8 mois et demi et le second 3,150 gram. à terme.

Dans le cas du Dr Bar, l'enfant pesait 3.300 gram. à terme.

c) *Difformités chez l'enfant.* — Existe-t-il des difformités plus fréquentes chez l'enfant ?

Pour ce qui regarde les organes génitaux, on ne l'a jamais constaté. Deux fois on a mentionné des malformations : une gueule de loup dans le cas de Wendling, de l'atrophie faciale dans le cas du Dr Maire.

CHAPITRE VII

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Nous ne parlons point, bien entendu, des modifications habituelles de la grossesse que l'on rencontre aussi bien dans l'utérus didelphe que dans l'utérus normal. Nous nous contenterons d'indiquer les particularités propres à cette malformation.

La simple *inspection* de l'abdomen permet déjà une remarque qui n'avait point échappé à certaines gestantes et à certains médecins, mais que nous avons vu laisser dans l'ombre par la plupart de nos prédécesseurs. Très souvent, en effet, le développement du ventre est latéral au lieu d'être presque médian comme dans la grossesse normale. Cette particularité, que nous avons déjà indiquée à propos de la situation de l'utérus, est due à l'exagération de l'obliquité normale des deux utérus dont les grands axes se croisent à angle aigu ou même à angle droit au niveau du vagin. Ce dernier fait est bien indiqué dans quelques observations que nous avons recueillies, entre autres dans celles de Sohnan, Stavely et Meurer.

Dans le cas de grossesse double, l'observation du professeur Treub nous permet de dire que l'abdomen prend un aspect particulier. Les deux matrices peuvent

être reconnaissables à la vue. Dans chaque flanc on aperçoit une tumeur et entre les deux une surface plane de forme triangulaire à base dirigée en haut, qui correspond à l'espace séparant les deux utérus. Si, enfin, ceux-ci ont un inégal développement en hauteur, l'abdomen est bien « irrégulièrement distendu ».

Dans le cas de grossesse simple, à moins que l'utérus gravide ne masque l'utérus vide situé derrière lui (Bar), la *palpation* permet le plus souvent de sentir l'utérus vide à côté du premier comme un globe dur, résistant, arrondi, rappelant la forme de l'utérus. Si ce dernier se contracte durant la grossesse comme l'avait observé la malade de Chéron, cette contraction aide le diagnostic.

Pfannenstiel accorde une grande importance à la position et à la direction du ligament rond du côté gravide qui se dirige à peu près verticalement au-devant de l'utérus de la ligne parasternale vers la région inguinale. Ce fait est noté dans son observation ainsi que dans celles de Holzabfel et de Spitzer. Pfannenstiel pense que ce point peut servir à différencier la grossesse dans une moitié de l'utérus didelphe de la grossesse tubaire.

Malheureusement, ce signe ne paraît pas constant, ou du moins le ligament doit être parfois difficile à percevoir à travers l'épaisseur des parois abdominales. Dans le cas où l'utérus est facilement accessible au palper, on ne sent qu'une seule trompe et qu'un seul ligament rond du même côté; l'autre en est dépourvu (Spitzer).

Dans le cas de grossesse double, à la condition, bien entendu, que la grossesse ne soit pas au début, comme dans le cas du docteur Maire, la simple palpation fait sentir, comme l'indique le professeur Treub dans son observation, deux tumeurs dont le contenu ballotte. On

peut sentir également sur chaque utérus un ligament rond tendu en avant.

L'*auscultation*, dans les cas de grossesse simple avec enfant vivant, montre un foyer variable suivant la présentation et la position.

Dans le cas de grossesse simultanée dans les deux utérus, il existe deux foyers d'auscultation, un pour chaque utérus.

L'*examen des parties génitales* et le *toucher* indiquent que le vagin est unique ou double.

Dans le cas de vagin unique, on sent deux cols, disposés l'un à côté de l'autre, ou en arrière l'un de l'autre, ou l'un plus haut que l'autre.

Dans le cas de vagin double, une cloison médiane d'épaisseur variable sépare le vagin en deux canaux distincts, et au fond de chacun d'eux, il existe un col bien conformé.

La cloison est complète et arrive jusqu'à la vulve, ou bien elle est incomplète et ne s'étend que sur une partie du vagin. Elle a pu être déchirée par le passage du fœtus dans les accouchements antérieurs, et l'on peut sentir alors sur les parois postérieure et antérieure du vagin une cicatrice ou une saillie indiquant l'insertion de cette membrane.

Le septum est tantôt mince, tantôt épais.

Lorsqu'il est épais, il peut être constitué par l'adossement des deux parois vaginales, qui glissent l'une sur l'autre, ainsi que l'a noté le docteur Bar dans son observation.

Les deux canaux peuvent être égaux et bien développés. Dans certains cas, ils sont tous deux rétrécis, comme chez la cliente du docteur Maire, et gênent le toucher.

Assez souvent, l'un d'eux est plus large, tandis que

l'autre est atrésié, et c'est précisément le plus étroit qui correspond à l'utérus incomplètement développé.

L'un des conduits peut être fermé à sa partie inférieure et devenir la cause d'un hématomètre ou d'un hématocolpos.

Le toucher nous montre encore que le col de l'utérus vide est ramolli, parfois raccourci, entr'ouvert, plus ou moins dilaté, avec une caduque prête à être expulsée suivant le moment où on le pratique.

Si ce deuxième utérus est gravide, le doigt apprécie de même les modifications du col.

Le palper et le toucher combinés permettent d'apprécier la forme et de délimiter les deux utérus.

L'hystéromètre ne doit pas être employé pour l'utérus vide durant la grossesse de son voisin.

Il pourrait exister, du reste, une grossesse moins avancée de ce côté et on déterminerait sûrement l'avortement.

Diagnostic. — On a rarement l'occasion de faire le diagnostic d'utérus didelphe durant la grossesse. Le plus souvent, en effet, le médecin est appelé au moment du travail en raison des difficultés qui peuvent surgir à ce moment.

Le diagnostic peut être facile si l'on a palpé deux tumeurs distinctes avec un ligament rond de chaque côté, si l'on a senti deux cols, si par le palper et le toucher combinés on a nettement délimité les deux utérus, si le doigt a pénétré dans la cavité utérine de l'utérus non gravide.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et les erreurs de diagnostic ne sont pas rares.

Dans le cas de vagin unique un col peut être remonté derrière l'autre et passer inaperçu. On prend la tumeur annexe pour un fibrome ou un kyste, ou bien on peut sentir seulement le col correspondant à l'utérus vide et

on suppose que la grossesse reconnue dans un des flancs par le palper ou l'auscultation est développée soit dans une corne, soit dans la trompe, comme dans le cas de Solman.

Dans ce dernier cas, le diagnostic immédiat a un intérêt majeur. Dans la grossesse extra-utérine, le pronostic est grave en raison de la rupture possible, et la laparotomie est indiquée. Dans le cas de gravidité dans l'utérus didelphe, il n'y a qu'à laisser évoluer la grossesse.

Ici, le signe indiqué par Pfennenstiel a son utilité. Dans le cas de grossesse tubaire on ne sent pas le ligament rond aller s'insérer au sommet et à l'angle externe de la tumeur.

De même, il pourrait y avoir hématomètre d'un côté sans grossesse. Habituellement l'utérus qui en est le siège a un col petit et atrophié. Il peut être remonté. On ne sent que le col de l'utérus vide. On peut prendre, au premier abord, l'hématomètre pour une grossesse, mais le diagnostic ne sera pas longtemps hésitant. En effet, la tumeur est tendue, on ne sent pas les parties fœtales, et on n'entend pas de bruits du cœur.

Dans le cas de vagin double, l'existence de la cloison médiane met sur la voie. Celle-ci coïncide le plus souvent, en effet, avec un utérus double.

Il peut arriver que l'on touche plusieurs fois la femme et alors on est tout étonné de sentir tantôt une petite dilatation, tantôt une dilatation plus large avec la présentation.

D'autres fois deux personnes touchent successivement comme dans le cas de notre ami le docteur Reynès. Elles ne sont pas d'accord : on fait un deuxième toucher qui fait diagnostiquer un vagin double. On est sur la voie, on a touché deux cols. La tumeur sentie du côté opposé à

l'utérus gravide se continue avec le col de l'autre vagin. On corrige son diagnostic.

Ce double toucher a donné lieu à des discussions célèbres. Tiedmann (thèse de Cassan) rapporte : « Il y eut une discussion entre deux médecins distingués, l'un déclarant que la femme n'était pas enceinte, que la grossesse était ventrale, assurant sentir l'orifice de la matrice fermé et semblable à celui d'une vierge ; l'autre que l'orifice était ouvert et la tête engagée. Un nouvel examen leur montra l'existence de deux vagins et de deux museaux de tanche. »

Si, d'une part, les deux utérus sont situés l'un derrière l'autre et si, d'autre part, la cloison, ramollie par la grossesse, s'applique contre l'une des parois et si le hasard fait toucher du bon côté, la duplicité vaginale passe inaperçue et, par suite, la duplicité utérine.

C'est ce qui s'est produit dans le cas de Simon, où la femme a pu accoucher six fois sans qu'on ait remarqué sa malformation utérine.

Il peut arriver que l'un des vagins soit oblitéré inférieurement, comme dans le cas de Rossa. On touche et on ne sent pas le pertuis de la paroi vaginale qui a permis la grossesse du côté correspondant à ce vagin fermé. Si c'est au début du travail, on peut diagnostiquer une grossesse tubaire.

Il peut survenir des complications au moment du travail. La rétroversion de l'utérus vide dans le petit bassin doit être recherchée dans le cas où l'engagement est impossible. Pour cela le palper et le toucher combinés, le toucher rectal sont d'un grand secours.

La présence d'un hématomètre avec hématocolpos dans l'utérus opposé peut rendre le diagnostic hésitant. Au palper, on sent une grosse tumeur tendue ; à l'auscultation, on n'entend pas de bruit du cœur du côté de l'hémato-

mètre. Au toucher, on peut sentir, s'il y a hématocolpos une tumeur arrondie, oblitérant presque entièrement le vagin, sur l'un des côtés de laquelle le doigt glisse et va toucher le col de l'utérus opposé gravide.

Mais c'est surtout durant les suites de couches que le diagnostic peut être affirmé. Par le palper on sent qu'il existe deux tumeurs dont les grands axes sont divergents. Au toucher, on sent deux cols indépendants.

Par le palper et le toucher combinés, on se rend compte de l'indépendance des deux utérus.

Un hystéromètre introduit dans chacun d'eux vérifie cette indépendance et rend compte des dimensions de chaque utérus (atrophie).

Dans le cas de grossesse double, on peut faire erreur au début de la grossesse, même après avoir reconnu l'existence de deux vagins et de deux utérus, comme dans le cas du Dr Maire, où il supposa que l'un d'eux était fibromateux.

A la fin de la grossesse, le diagnostic est plus aisé. Dans le cas du professeur Treub, on sentait deux tumeurs qui ballottaient. L'auscultation montre deux foyers, l'un à droite, l'autre à gauche, répondant à chaque tumeur.

Au moment du travail, les deux utérus se contractent. Le travail se complète d'un côté, s'ébauche de l'autre, mais laisse sentir la présentation.

Le diagnostic pourrait se poser entre une grossesse double et une grossesse simple avec hématomètre de l'autre côté. L'absence de mouvement perçu par la femme, l'inspection, la palpation, l'absence du bruit du cœur feront le diagnostic.

On pourrait avoir un fœtus mort d'un côté, qui en imposerait pour un hématomètre. Dans ce cas, on n'entendrait pas de bruit du cœur, mais on sentirait les parties fœtales.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic est bon au point de vue de la fécondité. A l'exception de quelques cas où le coït n'a pu s'exercer et où le développement des organes génitaux s'opposait à la gestation, nous voyons que la plupart des femmes pourvues d'utérus didelphe sont devenues grosses. Et comme nous l'avons déjà indiqué à propos de son évolution non seulement la grossesse est simple, mais elle est souvent répétée et parfois double.

Si l'on fait abstraction du cas de Nebikoff, où le nombre d'accouchement avant terme est indéterminé, nous avons eu 91 grossesses dont quatre doubles, sur 41 cas.

En est-il de même de l'évolution de la grossesse ? Nous avons appris que l'avortement et l'accouchement prématuré étaient relativement plus fréquents que dans l'utérus normal. Si l'on néglige, en effet, le cas de Chéron et les 3 cas de Stavely où l'on peut incriminer la tuberculose, nous trouvons 18 avortements et 8 accouchements prématurés, c'est-à-dire presque un tiers des grossesses.

Le pronostic de l'accouchement est le plus souvent excellent. Mais on doit être bien prévenu des difficultés qui peuvent survenir à ce moment. Il peut se produire de l'inertie utérine, de la dystocie par rétroversion ou

augmentation du volume de l'utérus voisin, un arrêt ou une gêne à l'expulsion par la cloison vaginale dans le cas de vagin double. On n'a jamais constaté de rupture utérine.

La délivrance est le plus souvent normale. Cependant, on a dû procéder parfois à l'extraction du placenta et arrêter l'hémorragie, soit après l'avortement, soit après l'accouchement. Très souvent après l'avortement il y a eu infection de la femme.

Les suites de couches n'ont présenté aucun accident dans la plupart des cas, malgré les complications qui ont surgi au moment du travail. Cela tient, sans doute, à une asepsie plus grande dans l'art des accouchements.

Au total, la vie de la mère n'a pas été souvent en danger. Signalons trois cas d'éclampsie avec guérison.

Par conséquent, le pronostic est bon pour la mère.

On peut même dire qu'il est meilleur que pour l'enfant.

Sur 10 accouchements prématurés il y a eu 2 fœtus morts (1 siège et 1 sommet).

Par conséquent, il y a eu 23 embryons ou fœtus qui n'ont pas vécu.

Quatre fois le fœtus est mort au moment de l'extraction (Holzabfel, Tuholske (1 siège), Platon (2 sièges).

Huit fois il est mort peu après la naissance : une fois chez la malade d'Oker-Blom ; une fois après l'opération de Porro dans le cas de Tschudy ; six fois dans le cas de Simon.

Il semble donc que la présentation du siège soit pour beaucoup dans les décès que nous avons signalés.

CHAPITRE IX

CONDUITE A TENIR

Avant la grossesse. — Dans le cas de vagin double, il peut arriver que la cloison vaginale soit un obstacle au coït. C'est ce qui s'est produit chez une malade, où le pénis, pénétrant dans l'urèthre de la femme, le dilata et détermina de l'incontinence d'urine. La malade d'Ameiss vint le trouver parce que les rapports sexuels étaient très douloureux. Dans le cas du Dr Maire, le coït avait déterminé une dépression anormale au niveau de la vulve.

Il faut alors pratiquer la section de la cloison. La technique en est très simple. Après avoir soigneusement aseptisé les deux vagins, on place deux pinces longuettes au niveau de la ligne d insertion supérieure et inférieure du septum vaginal et on le sectionne aux ciseaux. Pour faire l'hémostase, on peut laisser quelques heures les pinces en place. Si une artériole donne, on la lie. Si l'hémorragie est insignifiante, on enlève les pinces. On termine en bourrant le vagin avec une gaze antiseptique.

Il arrive assez souvent que les femmes pourvues d'utérus didelphe sont stériles. Dans ce cas, les deux utérus sont incomplètement développés. La conduite à tenir est alors la même que pour l'utérus pubescent. Il faut agrandir la cavité utérine. Pour cela on introduit une laminaire

ou des bougies de calibre de plus en plus fort. Le traitement a fort bien réussi pour les malades de Lorenz, de Sara Welt-Kakes et d'Ameiss. Comme adjuvants on peut faire de l'électricité et du massage.

Pendant la grossesse. — Nous savons avec quelle facilité l'utérus didelphe avorte ou accouche avant terme. Aussi à la moindre menace ; repos au lit, lavement laudanisé ou mieux injection de morphine, en somme le traitement ordinaire de l'avortement.

Si le médecin est appelé après l'avortement, il doit s'assurer qu'il ne reste plus rien dans l'utérus pour éviter une infection consécutive grave.

Si l'infection existe déjà et que des débris placentaires infectés soient perçus dans le col, il faut nettoyer la cavité utérine par un curettage comme dans le cas de Bouffe de St-Blaise.

Si des attaques d'éclampsie surviennent à la fin de la grossesse, on fait le traitement habituel de l'éclampsie. Chloral par la voie rectale ou par la voie buccale si c'est possible, et saignée suivie d'une injection de sérum artificiel, tel est le traitement que nous avons vu faire à la clinique obstétricale de Montpellier.

Pendant le travail. — Nous avons vu que les phénomènes physiologiques du travail sont parfois anormaux.

Il peut se produire de l'inertie utérine. Les contractions sont insuffisantes. Disons d'abord qu'on ne doit jamais donner d'ergot de seigle.

Les injections vaginales chaudes à 48° constituent une bonne pratique pour exciter les contractions utérines.

Il peut y avoir sténose du col et menace de rupture utérine comme dans le cas de Tschudy. On doit alors

essayer de le dilater au moyen du ballon de Champetier. Si l'on échoue, on aura recours à la dilatation manuelle. Si l'on échoue encore, on emploiera le dilatateur Tarnier. Si, même après, la dilatation ne se fait pas, on incisera le col. En cas d'insuccès, on aura recours à la laparotomie.

Si la cloison vaginale empêche l'expulsion du fœtus, on l'incisera.

Le passage de ce dernier fait une hémostase provisoire que l'on complète après l'accouchement.

Il faut soutenir le périnée si l'on veut éviter sa rupture et veiller à ce que le dégagement de la tête ou du tronc ne s'effectue pas trop rapidement.

Nous savons que les deux premiers temps des phénomènes mécaniques sont souvent gênés.

Dans le cas d'obliquité utérine exagérée, on pourrait redresser l'utérus gravide avec une ceinture de Pinard munie d'un coussin latéral.

Si l'on arrive à temps, on pourra fléchir la tête qui était défléchie, comme l'a fait le docteur Reynès.

Si la rétroversion de l'utérus non gravide dans le petit bassin empêche l'engagement, on le réduit. Si cette manœuvre échoue, on a recours au forceps ou à la version.

Des difficultés peuvent surgir du côté de l'utérus non gravide, s'il est le siège d'hématomètre et d'hématocolpos, comme dans le cas de Wendling.

La tumeur doit être vidée pendant la grossesse, si elle est reconnue à ce moment. Le fœtus était mort, en effet, chez la malade de Wendling.

Trois procédés peuvent être mis en œuvre dans le traitement de l'hématomètre : la ponction, l'incision et l'extirpation.

La ponction vide mal le contenu.

L'incision lui est supérieure. Elle ouvre plus largement,

permet de vider et de nettoyer facilement la cavité utérine.

On ne peut songer évidemment à l'extirpation de l'utérus siège d'hématomètre au moment du travail. On se contentera à ce moment de le vider par l'un des deux procédés déjà indiqués.

Après l'accouchement on peut, en effet, avoir recours à l'extirpation. Il ne faut pas oublier, dit Gros (thèse de Nancy 1901) dans son importante thèse, « que l'hématosalpinx est la complication habituelle de l'hématomètre ». Or l'inconvénient de la ponction et de l'incision est de laisser subsister l'hématosalpinx. Et il ajoute : « le traitement idéal de l'hématométrie dans un utérus double est l'ablation après la laparotomie de la moitié utérine distendue et siège de la rétention ainsi que des annexes malades du même côté ». Dans le cas d'utérus biloculaire ou bicorne, l'extirpation doit être difficile ; mais dans le cas d'utérus didelphe, l'opération est parfaitement possible. Elle respecte la moitié utérine intacte et l'ovaire sain.

Délivrance et suites de couches. — Au moment de la délivrance, il arrive quelquefois que le placenta reste dans la cavité utérine sans se décoller (Rossa). On doit alors faire la délivrance artificielle. Si après la délivrance un utérus saigne, on introduit la main à son intérieur pour le vider, et l'on fait une injection intra-utérine très chaude. On peut aider à l'hémostase en comprimant les parois de l'utérus entre la main introduite à son intérieur et la main abdominale (Rémy) et en faisant comprimer l'aorte par un aide.

Si l'hémorragie a été abondante et que la femme soit anémiée, on fait des injections de sérum artificiel.

Il faut beaucoup d'asepsie pendant l'accouchement et durant les suites de couches pour éviter l'infection.

On veillera à ce que la caduque de l'utérus non gravide soit expulsée et on songera à l'infection possible si elle n'est pas éliminée.

Il n'y a rien de particulier concernant le traitement des grossesses doubles.

Nous avons classé les Observations d'après le Tableau suivant :

Grossesse unique	normale	Reynès. *Obs.* I.
		Mme Sara Welt-Kakes. *Obs.* II.
		Lorenzi. *Obs.* III.
		Ameiss. *Obs.* IV.
		Pfannenstiel. *Obs.* V.
		Mackenrodt. *Obs.* VI.
		Von Engel. *Obs.* VII.
		Solman. *Obs.* VIII.
	compliquée	Ferencz. *Obs.* IX.
		Rossier. *Obs.* X.
		Kiderlen. *Obs.* XI.
		Nikolić. *Obs.* XII.
		Bouffe de Saint-Blaise. *Obs.* XIII.
		Spitzer. *Obs.* XIV.
		Baline. *Obs.* XV.
		Benicke. *Obs.* XVI.
		Holzabfel. *Obs.* XVII.
		Tschudy. *Obs.* XVIII.
		Stranch. *Obs.* XIX.
		Von Ditter. *Obs.* XX.
		Giles. *Obs.* XXI.
		P. Bar. XXII.
Plusieurs grossesses dans le même utérus	normales	Backer. *Obs.* XXIII.
	compliquées	Stavely. *Obs.* XXIV.
		Wendling. *Obs.* XXV.
		Olivier. *Obs.* XXVI.
		Platon. *Obs.* XXVII.
		Rossa. *Obs.* XXVIII.
Grossesses successives dans les deux utérus	normales	Simon. *Obs.* XXIX.
	compliquées d'avortement.	Dirner. *Obs.* XXX.
		Chéron. *Obs.* XXXI.
		Meurer. *Obs.* XXXII.
		Max Oker Blom. *Obs.* XXXIII.
		Nebikoff. *Obs.* XXXIV.
	compliquées de rétroversion de l'utérus vide	Tauffer. *Obs.* XXXV.
		Las Casas dos Santos. *Obs.* XXXVI.
	compliquées de mort du fœtus.	Tuholske. *Obs.* XXXVII.
Grossesses simultanées dans les deux utérus		Sotschawa. *Obs.* XXXVIII.
		Allben. Obs. XXXIX.
		L. Maire. *Obs.* XL.
		Trenb. *Obs* XLI

OBSERVATIONS

I. — Grossesses uniques normales

Observation première

Due à l'obligeance de M. le docteur Reynès.

(Utérus didelphe et vagin double. — Grossesse. — Accouchement. — Suites de couches.
Communiquée à la Société obstétricale de France, le 3 juillet 1902).

Utérus didelphe. — Vagin double. — Grossesse normale dans l'utérus droit. — Présentation du sommet. — Déflexion de la tête due à la présence de l'utérus vide. — Eclampsie du travail. — Forceps. — Hésitation du diagnostic. — Suites de couches presque normales.

Mme X..., primipare, âgée de 30 ans, est l'aînée d'une famille de quatre enfants : trois filles et un garçon.

Son père est mort de fluxion de poitrine. Sa mère, bien portante, a toujours eu des accouchements normaux. Ses sœurs ne sont pas mariées et jouissent d'une parfaite santé.

Elle-même, nourrie au sein jusqu'à 18 mois, a marché de bonne heure et se serait toujours très bien portée si nous ne relevions dans ses antécédents une petite vérole à l'âge de 10 ans.

A 13 ans, la menstruation s'établit normalement et sans douleurs. Les règles sont abondantes, rouges, liquides et durent quatre jours.

Depuis lors, sans jamais aucune absence, elles apparaissent très régulièrement tous les 25 ou 27 jours. Jamais de coliques, jamais de caillots, pas de pertes blanches ni avant ni après les règles.

Mariée à 28 ans, le mariage n'apporte aucune modification à sa santé ni à ses règles.

Du 24 au 28 juin 1901, la femme est réglée pour la dernière fois.

La grossesse évolue normalement, sans être marquée par aucun trouble sympathique. Premiers mouvements actifs dans le mois de novembre.

Jamais aucune perte, même légère, durant tout le cours de cette grossesse.

Au septième mois, œdème des membres inférieurs. Mme Chammono, sage-femme, fait faire l'analyse des urines,qui reste négative au point de vue de l'albumine.

Le dimanche 6 avril, à terme, rupture prématurée des membranes.

Le lundi 7, on me fait appeler. A mon arrivée, je trouve la parturiente couchée ; elle est d'aspect robuste, bien conformée, pouls et température normaux. Pas de douleurs. Je note un léger œdème des paupières et des membres inférieurs ; quelques troubles de la vue et des bourdonnements d'oreilles ont été ressentis par la gestante. Les urines étaient, cependant, me dit-on, régulièrement examinées et toujours exemptes d'albumine. Je réclame un nouvel examen et, sans rien préjuger du résultat, je prescris le régime lacté jusqu'à nouvel ordre.

A l'examen obstétrical, le ventre présente un aspect très spécial, sa voussure porte surtout à droite de la ligne brune. De larges vergetures siègent dans la région hypogastrique, plus nombreuses à droite.

Au palper, utérus de forme ovoïde très allongé, remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde, mais presque entièrement logé dans la partie droite de la cavité abdominale. Le palper à gauche ne me donne la sensation d'aucune tumeur.

Le fœtus se présente par le sommet en position gauche antérieure. Mais le palper de la tête m'amène à certaines constatations intéressantes. Encore au-dessus du détroit supérieur, l'extrémité céphalique semble reportée en masse vers la partie droite du bassin, l'occiput se trouvant à une certaine distance de la ligne innominée gauche.

En outre, cette tête, mal fléchie, semble avoir une tendance à faire une présentation du front.

Le siège est en haut, les petits membres en arrière à droite, le dos en avant et à gauche.

Bruits du cœur bons, un peu à gauche de la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, vagin ramolli, cul-de-sac gauche moins ample que le droit ; rectum fortement distendu par les matières fécales.

Très haut, un peu à droite de la ligne médiane, à peu près à égale distance du sacrum et de la symphise pubienne, le col, col de primipare, orifices fermés, peut-être un peu diminué de longueur.

A travers un segment inférieur, peu épais, on sent très haut la tête ballotable.

Le promontoire n'est pas accessible.

Je reviens au cul-de-sac gauche, dont j'avais réservé l'examen. La présence des matières fécales gênait beaucoup mon exploration ; cependant, en déprimant fortement en arrière et à gauche, je parvins à sentir une tumeur, qui me parut de petit volume et que ma pression faisait fuir. Je ne pus, par le palper combiné au toucher, arriver à la saisir.

Le diagnostic que je donnai à la sage-femme fut celui de « fibrome pédiculé développé sans doute aux dépens de la paroi postéro-latérale gauche de l'utérus ».

En palpant à nouveau la tête, je parvins par des pressions combinées sur le front et l'occiput à la fléchir en la ramenant au-dessus de l'excavation.

J'ordonnai un grand lavement évacuatif ; des injections vaginales chaudes au permanganate de potasse ; occlusion vulvaire ; repos au lit ; et le maintien de la tête au moyen d'une ceinture eutocique

On devait me faire prévenir si l'accouchement présentait des difficultés.

Trois jours plus tard, le jeudi 10 avril, on vint me prendre précipitamment à 4 heures du soir pour Mme X...., qui venait d'avoir deux crises d'éclampsie. A mon arrivée, voici ce que j'appris de la sage-femme : les douleurs avaient commencé à 2 heures du matin ; la tête dans l'excavation était en OIGA, fléchie ; la dilatation s'était régulièrement faite, elle était actuellement complète. Bruits du cœur fœtal bons.

Température maternelle, 37° 8 ; pouls, 108. La malade a pleinement repris l'usage de ses facultés

Avant de pratiquer l'application de forceps, dictée par les crises

d'éclampsie, je voulus contrôler les dires de la sage femme sans trop déranger la parturiente.

Placé à droite, je pratiquai le toucher bi-digital de la main droite. Un fait me frappa d'abord : appliqué contre la grande lèvre droite, je vis, œdématiée, une membrane que, sans l'examiner, je pris pour la petite lèvre droite infiltrée du fait de l'albuminurie.

En pratiquant le toucher, mes doigts, suivant le canal vaginal, étaient conduits dans la partie gauche du bassin, ils contournaient une tumeur facilement reconnaissable à ses sutures, à son lambda : la tête fœtale fléchie et fortement engagée en gauche. Mais ce diagnostic ne se faisait qu'à travers une cloison épaisse séparant la pulpe des doigts du cuir chevelu, comme on le fait parfois au cours de la grossesse à travers le segment inférieur.

Poussant plus haut mes investigations, guidé par le vagin et contournant la tête, j'arrivai enfin à sentir, derrière la branche horizontale du pubis gauche, le col. Il était petit, ramolli, son orifice externe était fermé, mais, vu sa mollesse, je n'eus aucune peine à y introduire un doigt d'abord, puis les deux, cherchant à atteindre l'orifice interne. Je fis alors toucher la sage-femme, lui demandant ce qu'elle pensait de cette « dilatation complète. » Elle m'avoua n'y rien comprendre, « car, disait-elle, j'aurais juré avoir touché les cheveux. »

Pensant à une dilatation sacciforme anormale du segment inférieur, j'introduisis à nouveau mes doigts dans l'intention d'abaisser le col, mais, à peine avais-je franchi l'anneau vulvaire, qu'à mon tour je sentis les cheveux et la lumière se fit enfin : c'était un vagin double conduisant à deux cols différents.

La petite lèvre droite œdématiée de tout à l'heure était au second toucher devenue la gauche, c'était la cloison bi-vaginale alternativement appliquée à droite ou à gauche, pour vous donner accès dans l'un ou l'autre vagin.

Madame X... mise en position obstétricale en travers du lit, je pratiquai simultanément le toucher dans les deux vagins ; le droit, fortement distendu par la partie fœtale descendue à deux travers de doigt du périnée, m'amenait sur un orifice complètement dilaté ; le gauche, aplati entre la tête et la paroi latérale gauche du bassin, formait un long canal conduisant au col élevé de l'utérus non gravide. Entre ces deux vagins, une cloison épaisse mais ramollie et

souple, descendait jusqu'à la vulve, faisant saillie entre les lèvres. L'incision de cette cloison ne me parut pas indispensable au passage du fœtus. Sans anesthésie, faute d'aides, je pratiquai une application de forceps. Prise régulière quant à la tête, oblique quant au bassin, qui amena assez facilement un garçon du poids de 2.830 gr. Il paraissait avoir souffert du fait de l'éclampsie et des contractions très énergiques de ces dernières heures. La respiration artificielle, l'insufflation et les moyens appropriés ordinaires arrivèrent, au bout d'un quart d'heure, à le ranimer complètement.

Une crise d'éclampsie (la seule à laquelle j'aie assisté et d'ailleurs la dernière) survient avant que la délivrance soit effectuée.

Au moment du décollement, un flot de sang m'oblige à intervenir. Délivrance artificielle ; le placenta est inséré sur la face antérieure et le bord gauche de l'utérus, il vient facilement, entier, membranes complètes. La main gauche est réintroduite, il ne reste plus rien dans l'utérus gravide, j'en profite pour bien examiner son voisin.

La face palmaire de ma main intra-utérine gauche explore le bord gauche de l'utérus gravide, aidé par la main abdominale qui palpe entre les muscles droits. Partout ce bord utérin est libre ; en bas seulement,à trois travers de doigt de la symphyse, on sent une tumeur que la main intra-utérine mobilise facilement, un sillon profond la sépare de l'utérus gravide, avec lequel elle ne paraît avoir que des rapports de contiguité, c'est l'utérus gauche. Il ne paraît pas très volumineux, et semble couché sur l'aire du détroit supérieur ; son fonds est basculé en arrière vers la symphyse sacro-iliaque gauche et un peu en dehors d'elle ; en avant, le col répond à la branche horizontale du pubis gauche.

En retirant la main intra-utérine, nous plaçons nos doigts contre la cloison entre les deux cols, la main abdominale descend entre le bord interne des deux utérus et à travers le sillon de séparation, arrive au contact des doigts vaginaux. L'indépendance des deux organes est donc bien nette, il s'agit d'un utérus didelphe.

L'application de forceps a déchiré la cloison bi-vaginale sur une hauteur de 5 centimètres, elle ne reste intacte qu'entre les deux cols, sur une hauteur de trois ou quatre centimètres.

En arrière de la fourchette, le périnée a été légèrement intéressé. Vu l'état d'infiltration des tissus, je remets au lendemain le point de suture nécessaire.

Injection intra-utérine de 4 litres au permanganate. Occlusion vulvaire. Régime lacté absolu. Chloral par la bouche et en lavements.

En me retirant, je palpe une dernière fois le ventre : l'utérus droit est bien rétracté, il a la forme d'un fuseau remontant jusqu'à l'ombilic, mais entièrement situé à droite de la ligne brune. La palpation profonde entre les muscles droits est devenue facile, on sent un large sillon de séparation entre les deux utérus. A noter une vive douleur à la pression nettement localisée au bord supérieur gauche de l'utérus gravide. Cette douleur a persisté pendant la première semaine des suites de couches toujours localisée à cet angle.

Examen du délivre. — Poids, 430 grammes.

Membranes complètes mesurant $\frac{11}{3}$.

Cordon, grêle 53 + 6, insertion para-centrale. Placenta de forme ovale allongée, 19 sur 12. Il est d'épaisseur très inégale, toute la moitié qui s'insérait sur la face antérieure de l'utérus est épaisse, celle qui prenait attache sur le bord gauche va en s'amincissant ; les cotylédons y paraissent atrophiés. Deux foyers d'hémorragie ancienne, quelques gros caillots.

Le lendemain, 11, à ma visite du matin, la malade est très calme : T. 36°6 ; P. 72. Plus de crise. Connaissance parfaite. Urines abondantes. Injection vaginale au permanganate. La canule est d'abord dirigée dans le vagin droit, sa partie externe regarde alors la cuisse gauche ; pour irriguer le vagin gauche, on doit la retirer de trois ou quatre centimètres pour faire franchir la cloison, puis on l'enfonce et la position est alors inverse.

Au toucher, le col de l'utérus gravide est gros, ouvert, plus bas et plus en arrière que celui de l'utérus gauche qui est fermé. A l'hystéromètre, la cavité de l'utérus gauche mesure 7 centimètres.

Un point de suture périnéale. Pansement. J'ai analysé les urines, qui contiennent près de trois grammes d'albumine.

Au cinquième jour, la température, jusque là au-dessous de 37°, monte le soir à 38°1. Je fais une injection intra-utérine, iodo-iodurée, selon la formule de Tarnier. A partir de cette époque, tout va bien, la régression se fait normalement, la mère allaite elle-même son enfant, mais l'albumine persiste longtemps, quoique en petite quantité : 0,25 à 0,30 centigrammes par litre.

Dans cette observation, plusieurs faits attirent tout spécialement l'attention :

1° L'absence complète de troubles fonctionnels en dehors de la puerpéralité.

Malgré un interrogatoire des plus minutieux nous n'avons rien pu relever qui ne soit absolument normal et physiologique. La femme ignorait complètement un état que de simples détails de toilette auraient, ce semble, pu lui révéler.

Rien d'anormal non plus dans les rapports sexuels.

2° La possibilité, pour l'utérus devenu gravide, d'atteindre, de dépasser même le terme probable de la grossesse.

28 juin. — Dernier jour des dernières règles. Le 10 avril, date de l'accouchement.

3° L'obstacle à l'engagement créé par la présence de l'utérus non gravide. Et la possibilité de la transformation d'un sommet en front ou face, l'occiput butant sur la tumeur.

4° La difficulté pour l'utérus de se débarrasser du produit de la conception, malgré d'énergiques douleurs. Nous relierions volontiers la douleur à la pression observée dès après l'accouchement et pendant les suites de couches à des tiraillements musculaires inefficaces.

5° Mais surtout, à notre avis, le fait à noter est la facilité de méconnaître la malformation.

Volontiers, pour ménager la pudeur de la parturiente, l'accoucheur pratique le toucher sans trop examiner les organes génitaux, c'est d'ailleurs pour lui une voie bien connue. Ses doigts se glisseront dans le vagin le plus béant, il sentira loin en arrière une tumeur indolore, mobile, molle, fuyant sa pression ; le palper sera rendu difficile, parfois impossible par la distension des parois abdominales, par la rétroversion de l'utérus en cause. Aussi s'arrêtera-t-on assez volontiers au diagnostic qui fut le nôtre, petit fibrome pédiculé. Que l'accouchement se termine seul, on pensera que le fibrome a subi le mouvement ascensionnel, ou l'on se flattera d'avoir repoussé l'obstacle.

Si même, avec ce diagnostic, on est amené à faire une application de forceps sur une tête déjà descendue, la malformation peut passer inaperçue sous le couvert de l'étiquette fausse.

Pour nous, si un hasard malheureux avait conduit nos doigts

dans la bonne direction, peut-être n'aurions-nous pas aujourd'hui l'honneur de vous communiquer cette observation.

Notons enfin le développement peu marqué de l'utérus non gravide et la difficulté plus grande de l'antisepsie des suites de couches.

Observation II

(Résumée)

(Mme Sarah Welt-Kakes. Utérus didelphe. Grossesse. — *New-York medical journal*, 1898, p. 918).

Utérus didelphe et vagin double. — Utérus gauche en antéflexion. — Utérus droit atrophié. — Stérilité. — Dilatation des canaux cervicaux et faradisation utérine. — Grossesse normale dans l'utérus gauche. — Présentation du siège. — Déchirure de la cloison vaginale.

Mme X.., 35 ans, désireuse de devenir mère, va trouver Mme Welt-Kakes et lui raconte ce qui suit :

Aucune malformation génitale dans sa famille

Santé bonne. Réglée à 18 ans, régulièrement. Durée sept à neuf jours. Douleurs et forte perte de sang nécessitant le lit. Leucorrhée et sensation de poids dans l'abdomen dans la période intermenstruelle.

Mariée neuf ans après, ses menstrues n'ont pas cessé depuis.

A l'examen : Femme de taille moyenne, *dont les hanches paraissent larges*. Organes génitaux externes normaux. Urèthre normal. Un premier toucher révèle l'existence d'un utérus en antéflexion aiguë avec fond déjeté à gauche et petite tumeur à sa droite. Un nouvel examen montre deux orifices vaginaux et deux vagins séparés par une cloison complète. Le droit plus étroit ne livre passage qu'à deux doigts ; le gauche est plus large. Il y a deux cols indépendants séparés de la cloison vaginale par un cul-de-sac aplati. La tumeur primitivement sentie est l'utérus droit, petit, mince, en légère antéflexion avec fond dirigé à droite. Sa longueur est de un pouce et demi.

L'utérus gauche, plus épais, mesure deux pouces de longueur.

Les annexes sont facilement palpées.

Chaque utérus est mobile, indépendant et séparé de son voisin non seulement à la partie supérieure, mais encore au niveau du

col », comme le démontre clairement le toucher bimanuel et l'introduction de sonde dans les utérus. On ne sentait pas de ligament rectovésical, mais entre les deux cols existait une membrane transversale de deux pouces de large, connue, sous le nom de *ligament intercervical* de Pfannenstiel.

Diagnostic : Utérus duplex separatus, vagin cloisonné, endométrite, sténose et antéflexion de l'utérus gauche, atrophie de l'utérus droit. Stérilité.

Durant la période menstruelle suivante, l'auteur constata la *menstruation simultanée* des deux utérus.

Comme traitement : dilatation du canal cervical et application de courants faradiques pour renforcer la musculature utérine. Plus tard contre la douleur, pessaire intra-utérin

Un an après, grossesse dans l'utérus gauche, entièrement normale. Les *règles cessèrent des deux côtés*. L'utérus droit *s'hypertrophia* un peu. *Accouchement à terme* d'un enfant bien développé. *Présentation du siège*. Durée de travail, quelques heures. *Délivrance spontanée*. Suites de couches normales.

Mme Welt-Kakes n'assista pas à l'accouchement. Elle ne sait pas si l'utérus droit s'est contracté pendant le travail et s'il a expulsé une caduque.

Elle examina la femme quelque temps après et trouva un vagin unique large avec des restes déchirés de la cloison vaginale sur la paroi antérieure et un utérus gauche plus large.

Pas de grossesse depuis.

Observation III

(Résumée)

Lorenz. — Grossesse dans un cas d'utérus didelphe et de vagin double. *Centralblatt f. Gynec.*, 1899, p. 1076. Anémie. Deux utérus atrophiés. Dilatation des utérus suivie de grossesse normale de l'utérus gauche. Accouchement normal.

Une femme de 28 ans, chlorotique, chez qui Lorenz avait arrêté une hémorragie persistante après avulsion d'une dent, vint trouver ce dernier pour lui demander la cause de sa stérilité. Lorenz déclara qu'à première vue elle paraissait due à son anémie, mais que pour se prononcer il fallait faire l'examen des organes génitaux.

De prime abord il ne trouva rien de particulier. En contournant le col avec le doigt, il s'égara dans une poche analogue au cul-de-sac vaginal. Un toucher plus attentif lui montra que le vagin était séparé en deux par une cloison longitudinale. Il se trouvait en présence d'un vagin double dont les deux moitiés communiquaient au-dessous du « portio » par une fissure livrant passage à deux doigts.

Une nouvelle exploration combinée démontra que le « portio» était double et que l'on pouvait palper de chaque côté de la ligne médiane un corps utérin normal. Des deux côtés les ovaires sont normaux. Un examen minutieux montra que le septum, assez épais et charnu, commençait à un centimètre et demi de l'orifice vulvaire et s'élevait jusqu'au « portio » ménageant une fente de communication entre les deux conduits vaginaux.

De l'orifice vaginal au septum, on remarque contre la cloison vaginale en avant et en arrière des cicatrices. La femme déclare que le docteur E... a coupé quelque chose quelques années auparavant. Lorenz suppose qu'une partie du septum a été enlevée jusqu'à un centimètre et demi de l'entrée du vagin, mais que l'existence d'un double vagin avec utérus didelphe n'avait pas été constatée. Le docteur n'en a rien dit à la femme et il ne se rappelle plus le cas.

Les deux moitiés du vagin étaient également développées et appropriées au coït.

L'examen au speculum montre deux cols de nullipare.

Par l'orifice utérin on introduit une sonde jusqu'au fond à cinq cent. à droite, à 5 cent. et demi à gauche. *L'examen par la sonde montre que les deux utérus sont complètement séparés et que l'on peut palper séparément le corps comme le col dans toute leur longueur.*

Les corps sont disposés de chaque côté de la ligne médiane. Les ovaires paraissent normaux.

La femme était réglée depuis l'âge de 18 ans ; règles moins abondantes et moins colorées alors.

Lorenz informa la femme de sa découverte, lui ordonna de combattre l'anémie.

En mars 1896, Lorenz revit la femme pour des vomissements

En octobre 1897, nouvel examen des organes génitaux qui sont dans le même état. Dilatation avec des sondes de plus en plus fortes, lavages chauds, régime contre l'anémie.

En été 1898, une *grossesse* s'annonça dans l'*utérus gauche*. Lorenz examina deux fois la malade durant sa grossesse. La deuxième fois, à la vingt-huitième semaine de la grossesse, l'utérus droit avait la grosseur d'une main fermée, et l'utérus gauche avait des dimensions correspondantes à l'époque de la grossesse ; il était fortement incliné à gauche.

L'accouchement, dirigé par une sage-femme, a été normal.

Huit semaines après l'accouchement, malgré l'allaitement, hémorragies venant de l'utérus nullipare.

L'enfant est une fille forte et robuste. L'auteur n'a pas constaté si elle avait aussi un vagin double.

Observation IV

Résumée

Ameiss. — Un cas d'utérus didelphe et de vagin double. — *Américan Journal of obstetric.*, 1896, p. 693.

Empêchement au coït dû à la cloison vaginale. — Section de la cloison. — Grossesse.

Une Américaine petite, bien développée, pesant 110 livres, âgée de 24 ans, mariée depuis cinq semaines, vient trouver Ameiss pour des difficultés dans les rapports sexuels par l'existence d'une obstruction siégeant à l'entrée du vagin.

Jamais d'anomalie d'organe chez ses parents

Réglée depuis l'âge de 15 ans régulièrement. Durée : 3 à 4 jours. Ecoulement : normal ; jamais d'hémorragies entre ses périodes.

A l'examen : bassin normal bien développé, non élargi ; les organes génitaux externes sont bien développés ; l'hymen est perforé. En écartant les lèvres on remarque une membrane musculaire qui cloisonne le vagin antéro-postérieurement et forme deux orifices à l'entrée. Le toucher montre que la cloison est complète et constitue un double vagin. Le canal gauche, qui a 7 centimètres et demi de longueur, va en se rétrécissant vers la profondeur ; il est plus large que le droit. Le droit a 9 centimètres ; dans chaque vagin on voit le museau de tanche. L'examen bimanuel, vu l'épaisseur des parois abdominales et la sensibilité des organes génitaux, ne donnait pas de renseignements suffisants. Sous l'anesthésie, on sent

très bien les deux utérus. Ils sont mobilisables séparément. Chacun d'eux est en latéro-rétroversion (1er degré). Les deux corps s'inclinent sur les côtés en sens opposé l'un de l'autre ; on peut noter un espace entre les deux utérus, ce qui démontre que l'utérus est double et que les deux moitiés sont séparées. L'ovaire gauche est normal, rapproché de l'utérus ; l'ovaire droit est petit, nodulé, adhéren à l'utérus.

Il sonda chaque utérus. La cavité gauche avait cinq centimètres de profondeur ; la cavité de l'utérus droit avait quatre centimètres. Section de la cloison vaginale entre deux pinces longuettes, appliquées sur la marge antérieure et postérieure. Guérison au bout d'une semaine.

Six mois après, la femme écrivait qu'elle était enceinte de trois mois.

Ameiss pense que la grossesse a eu lieu dans l'utérus gauche, le droit étant trop rudimentaire pour jouer un rôle physiologique.

Observation V

Résumée

(Pfannenstiel Breslau). — Grossesse dans l'utérus didelphe. — *Festchrift der deutschen gynäk. Gesellschaft*. Wien, 1894, in *Cent. f. Gyn.*, 1895, p. 322.

Pfannenstiel observa chez une femme de 33 ans un hymen double, un vagin double et un utérus didelphe prononcé (utérus duplex separatus) avec grossesse dans l'utérus gauche. Le ligament rond du côté gravide se dirigeait à peu près verticalement de la ligne parasternale vers la région inguinale. Celle-ci fut interrompue au sixième mois par un avortement spontané. Dans l'utérus droit se forma également une déciduale. La caduque a été expulsée le troisième jour. Dans ce cas comme dans la plupart des cas observés dans la littérature médicale, l'accouchement a eu lieu sans aucun trouble.

Les cols étaient unis par une membrane tranversale.

Observation VI

Résumée

(Mackenrodt. — Un cas d'utérus didelphe. — *In Centralblatt*, 1896, p. 816.

Atrophie de l'utérus gauche avec hématomètre. — Accouchement normal à droite. — Démonstration d'une préparation.

L'utérus gauche était resté à l'état fœtal.

L'utérus droit avait accouché tout à fait normalement.

Depuis le début de sa menstruation, la malade souffrait régulièrement de fortes douleurs dans le côté gauche qui déterminèrent l'enlèvement du petit utérus. Il était évident que le développement de l'utérus correspondait à celui d'un utérus nouveau-né. Le col était atrésié et le corps était le siège d'un hématomètre.

Observation VII

Résumée

(Von Engel. — *Arch. f. Gyn.*, 1887, vol. XXIX, p. 43.)

Utérus didelphe avec vulve, vagin, vessie, urèthre doubles.

La parturiente a 30 ans. Elle est primipare. Réglée pour la première fois à l'âge de 26 ou 27 ans. Le sang commence à s'écouler à chaque menstruation par le vagin droit pour se continuer par le vagin gauche.

Examinée en plein travail, on constate, par l'inspection des parties génitales externes, deux vulves unies entre elles par les grandes lèvres. Chaque vulve possède deux petites lèvres bien formées et une grande lèvre externe.

Au-devant de chaque vulve se trouve un urèthre conduisant à une vessie bien distincte et bien séparée, comme le démontrent les injections intra-vésicales. La symphyse pubienne fait absolument défaut. Le produit de la conception se trouve dans l'utérus droit. Du côté gauche, on constate l'intégrité de l'hymen.

On extrait un enfant vivant par application de forceps.

Pendant les suites de couches, on est obligé de pratiquer le cathétérisme du côté droit, tandis que la vessie gauche se vide spontanément. Vers le cinquième jour, il y eut un écoulement sanguin par le vagin gauche.

Observation VIII

Résumée

Solman. — Utérus didelphe. — Grossesse. — *Medycyna*, n° 3, p. 6, 1893, in *Répertoire universel d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1893, p. 509).

Utérus didelphe. — Vagin unique. — Grossesse dans l'utérus gauche prise pour une grossesse extra-utérine. — Laparotomie. — Péritonite. — Mort. — Autopsie. — Absence du rein gauche et de la capsule surrénale correspondante.

Guidés par les commémoratifs et les données recueillies à l'examen local, l'auteur diagnostiqua une grossesse extra-uterine chez une femme de 20 ans. Au cours de l'opération (laparotomie) on constata à côté de l'utérus gravide (gauche) l'existence d'un second utérus de forme et de grandeur normales, muni d'une trompe et d'un ovaire droits. Ces deux utérus se réunissaient au-dessous de l'orifice interne. Au bout de 7 jours après l'opération, la malade mourut de péritonite. L'autopsie démontra l'existence de deux utérus s'ouvrant dans un vagin commun. Leurs axes se croisaient presque à angle droit. Chaque utérus possédait son col et ses orifices. Les deux orifices externes étaient séparés par un espace de 8^{mm} l'un de l'autre ; au pourtour de chacun des orifices on distinguait nettement les lèvres, surtout celle du côté droit. Comme cause principale de l'erreur de diagnostic, l'auteur signale l'effacement du col de l'utérus gravide et l'occlusion de son orifice externe.

On constata dans ce cas l'absence complète du rein gauche ainsi que de la capsule surrénale correspondante.

II. — Grossesses uniques compliquées

Observation IX

Résumée

(Férenczi. — Un cas d'utérus didelphe. Grossesse dans l'un des utérus. — *Medic. Ungar Presse*. 1899, Budapest. *in Centralblatt f. gyn.*. 1900, p. 1025).

Menstruation double. — Grossesse dans l'utérus gauche. — Avortement. — Menstruation pendant la grossesse

Férenzci communique un cas d'utérus didelphe, qu'il trouva chez une prostituée de 19 ans dont l'utérus gauche était gravide. La grossesse, pendant laquelle elle fut réglée régulièrement toutes les 4 semaines, se termina par un avortement. Auparavant elle avait ses règles tous les 14 jours. Durant l'avortement l'orifice de l'utérus non gravide s'entr'ouvrit et permit l'introduction d'un doigt.

Observation X

Résumée

Rossier. — Utérus didelphe. — *Rev. méd. de la Suisse Romande*, n° 3, p. 159, 1895. — Société vaudoise de médecine, 1895.

Avortement au 2me mois. — Métrite. — Curettage de l'utérus gauche.

Rossier présente l'observation d'une malade qui avorta au second mois de la grossesse et qui présentait un utérus didelphe.

Au toucher et à la vue, on pouvait constater, chez cette femme, le vagin divisé en deux parties par une cloison.

A l'examen bimanuel, on sentait les deux corps et les deux cols bien distincts.

Une hémorragie persistante nécessita le curettage de l'utérus gauche.

Observation XI

Résumée

(Kiderlem. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*, 1888, p. 17).
Utérus didelphe ; vagin double. — Avortement.

Femme âgée de 33 ans, réglée à 16 ans et ayant eu une fausse couche il y avait environ 9 ans. Souffrant de douleurs abdominales depuis trois semaines, elle vint à l'hôpital pour se faire examiner.

On constata l'existence de deux vagins et de deux utérus complètement séparés. Par l'hystéromètre, on put constater l'indépendance absolue des deux utérus. L'utérus droit mesurait 6 centimètres, l'utérus gauche 7 centimètres.

Observation XII

Résumée

(Nikolié Serbie — Uterus duplex separatus avec grossesse dans l'utérus droit et avortement au 3me mois. — *In Centralblatt*, 1900, p. 97).

Utérus didelphe. — Vagin double. — Grossesse dans l'utérus droit. — Avortement au 3me mois. — Hémorragie. — Extraction manuelle du placenta. — Orifice de l'utérus gauche fermé par un bouchon muqueux.

Appelé auprès d'une femme de 20 ans pour hémorragie après avortement, Nikolié apprit de la malade qu'elle a été réglée pour la première fois à 17 ans et que les règles sont toujours accompagnées de fortes douleurs et de vomissements.

Mariée 4 mois auparavant, elle eut ses règles la première nuit, qui durèrent 4 jours, se répétèrent 6 jours après durant 4 à 5 jours. Depuis cette époque jusqu'au 7 mars, plus de règles. Elle eut des troubles qu'elle ne peut préciser. Le 8 mars, avortement. Nikolié, enlevant le placenta avec la main, trouva une déviation de l'utérus à droite. Recherchant la cause de cette déviation, il trouva à gauche contre l'utérus une tumeur qu'il ne put déterminer parce que la malade était faible, anémiée et très souffrante. Huit jours après il examina attentivement la femme et trouva un hymen divisé, un vagin double et un utérus duplex separatus. Les deux utérus

étaient séparés l'un de l'autre par un « espace intermédiaire notable » et déviés latéralement de la ligne médiane. L'orifice utérin droit laissait échapper un mucus sanguinolent ; le vagin gauche était virginal, l'orifice utérin très étroit oblitéré par un bouchon muqueux.

Observation XIII

Résumée

Bouffe de Saint-Blaise. — Utérus didelphe et vagin double. — *Annales de gynécologie*, déc. 1900, p. 624).

Utérus droit gravide. — Avortement incomplet à 2 mois et demi. — Infection. Curettage. — Mort. — Autopsie.

En juillet dernier, une femme arrive à l'hôpital Saint-Louis, ayant fait depuis 4 jours un avortement incomplet de 2 mois et demi environ. Curettage. La cloison séparant les deux vagins n'arrivant pas jusqu'à la vulve, on ne fit pas le diagnostic par l'examen des parties génitales externes. Le hasard fit que l'interne du service, en pratiquant l'opération, mit successivement sa main dans les 2 vagins et fut fort étonné de trouver 2 cols qui ne présentaient aucune ressemblance. L'un était fermé, l'autre béant, laissant passer des débris placentaires. Cette femme mourut le 3me jour.

Autopsie : Vagin unique sur un trajet de 3 centimètres.

Là une cloison complète divise le canal en deux portions presque égales.

Deux utérus d'inégale grosseur. Le droit, qui était gravide, a 109^{mm} de long et 63^{mm} dans sa plus grande largeur. Le col est refermé et intact. Culs-de-sac normaux.

Le gauche a 7 cent. de long et 52^{mm} dans sa plus grande largeur. Cicatrice à la partie interne du col comme chez les femmes qui ont eu des enfants, avec orifice de communication probablement artificiel entre les cavités cervicales.

Rectum, reins et uretères normaux.

Observation XIV

(Résumée)

(Spitzer. — Un cas d'utérus didelphe avec grossesse. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. 1897, nº 14.

Hématocolpos, hématomètre, hématosalpinx du côté gauche atrésié. — Incision large. — Grossesse consécutive dans l'utérus droit. — Accouchement prématuré à 6 mois 1/2. — Trois jours après, expulsion d'une caduque venant de l'utérus gauche.

S... Christine, 22 ans, se présente le 13 février, à 11 heures du soir, souffrant de fortes douleurs dans le ventre. Les règles ont cessé à la fin de juillet 1897. Les mouvements de l'enfant perçus au début de janvier, ont cessé depuis deux semaines.

Femme forte et bien bâtie. Abdomen proéminent à la partie inférieure. Au palper, tumeur remontant à l'ombilic, dépassant peu la ligne médiane à gauche et s'étendant à droite jusqu'à la ligne mammaire. De consistance molle, elle présente par places des points durs. Près du bord droit de la tumeur on sent le ligament rond qui se dirige, sous la forme d'un cordon solide, vers la région inguinale. En arrière de lui, on sent une partie de la trompe. Les parties fœtales ne sont pas nettement senties. Nulle part de bruits du cœur.

Bassin large et spacieux.

Au toucher, sur la paroi postérieure du vagin on sent un sillon de 3 centimètres de longueur qui ne suit pas une direction tout-à-fait sagittale et dévie un peu à gauche. L'orifice utérin entr'ouvert laisse passer un doigt. Le canal cervical a 3 centimètres de longueur. A l'intérieur on sent les enveloppes de l'œuf et une partie fœtale assez dure. A gauche, on sent dans une dépression un deuxième col avec un orifice en forme de fossette.

Par le toucher bimanuel on sent dans la fosse iliaque gauche une tumeur de la grosseur du poing qui atteint l'épine iliaque antérieure et supérieure et se laisse très nettement séparer à droite de l'utérus dont l'existence a été déjà reconnue.

L'existence d'une grossesse était hors de doute, étant donnés les nombreux signes de probabilité.

Il devait y avoir grossesse intra-utérine, étant donnés la présence bien nette du ligament rond au niveau du bord droit de la tumeur.

Ce qu'il y a de frappant, c'est la position excentrique, la direction oblique de l'utérus et la constatation d'un seul ligament rond. Le symptôme que Pfannenstiel avait mis en relief et qui concerne la direction et la position du ligament rond, ne se réalise pas complètement.

On a pu sentir dans le col droit l'œuf et on a pu isoler nettement à côté de l'utérus gravide un autre utérus un peu augmenté de volume.

Le diagnostic d'utérus didelphe avec grossesse dans la moitié droite était sûr.

L'existence du ligament intercervical de Pfannenstiel ne put être sûrement démontrée.

Le vagin était unique. Comme dans la plupart des cas le vagin est double et que le sillon situé sur la paroi postérieure du vagin pouvait être considéré comme le reste de la cloison préexistante, on interrogea la femme.

Voici ce qu'elle apprit :

La malade avait été traitée à la clinique en 1892, à l'âge de 17 ans. Réglée, depuis l'âge de 15 ans, irrégulièrement. Depuis un an la malade avait remarqué sur les parties génitales une tumeur plus volumineuse pendant les règles, plus petite dans l'intervalle. L'abdomen grossissait aussi durant la période menstruelle et devenait normal ensuite.

Au-dessus de la symphyse on sent une tumeur médiane d'abord, qui s'incline à gauche ensuite. Au toucher, on sent à gauche une tumeur qui rejoint en haut la tumeur sentie par le palper.

A droite, on sent l'orifice du col de l'utérus situé à droite de la tumeur.

Diagnostic : Utérus didelphe. Atrésie vaginale gauche. Hématocolpos, hématomètre, hématosalpinx.

On incisa la cloison vaginale sur toute la longueur pour éviter la reproduction de l'hématomètre Depuis, les règles s'étaient régularisées, lorsque en juillet elle devint enceinte.

Accouchement spontané d'un enfant macéré pesant 400 grammes. Longueur, 28 centimètres.

Délivrance normale. Trois jours après, sortie d'une caduque venant de l'utérus gauche.

L'involution des deux utérus fut normale.

Observation XV

(Résumée

Baline. — Un cas de grossesse dans un utérus didelphe avec vagin double. *Vratch*. nº 22, 1899.)

Mort du fœtus et accouchement prématuré à 8 mois. — Présentation du siège. — Lenteur du travail. — Extraction manuelle. — Hésitation du diagnostic.

Femme de 27 ans, maigre, anémique, mais toujours bien portante. Mariée depuis 11 mois. Réglée à 17 ans, régulièrement, durant 3 à 4 jours, sans douleur. Abondance moyenne.

Enceinte de 8 mois. Les mouvements de l'enfant, faibles aupa ravant, ont cessé depuis 8 jours. Depuis la veille, douleurs dans le ventre et les reins, écoulement de liquide par les voies génitales.

Le fond de l'utérus est incliné à gauche. On sent la tête en haut et le dos à gauche. On ne perçoit ni les mouvements de l'enfant, ni les bruits du cœur. Par le toucher, on sent l'orifice utérin dilaté et la partie du fœtus qui se présente.

Diagnostic : Grossesse de 8 mois, fœtus mort, poche des eaux rompue, présentation du siège.

Les contractions étaient douloureuses, mais l'accouchement n'avançait pas. La femme était agitée. On lui donna du chloral

Baline refit le toucher ; il trouva le siège dans l'excavation coiffé d'une membrane. Il crut avoir pénétré dans la vessie par l'urèthre anormalement dilaté. Mais il vit bientôt qu'il s'était trompé En refaisant le toucher, il ne trouva plus la membrane et arriva directement sur les fesses du fœtus.

Examinant les organes génitaux externes, il vit une cloison assez épaisse se diriger vers la profondeur. Le doigt introduit à gauche de cette cloison arrivait sur les fesses du fœtus ; introduit à droite, il se perdait dans un cul-de sac formé par la paroi postérieure du vagin et la cloison comprimée par la présentation. Il y avait donc un double vagin.

Comme l'accouchement n'avançait pas et que la femme était fatiguée, il fit l'extraction manuelle. Le fœtus mort était une fille. Délivrance normale. L'utérus se contracta bien.

Trois semaines après l'accouchement, Baline fait l'examen bimanuel. Une cloison complète divise le vagin en deux moitiés presque égales. Le vagin gauche est plus large. Dans chaque vagin on sent un col. L'orifice du col gauche ouvert laisse passer un doigt. Le col droit est petit, lisse, avec une petite dépression au centre du museau. L'utérus gauche est très incliné à gauche et présente tous les signes d'un utérus accouché depuis peu. L'utérus droit, de grosseur normale, incliné à droite, est tout à fait indépendant de l'autre. On est donc en présence d'un utérus didelphe et d'un vagin double.

La menstruation survint deux mois après l'accouchement Le sang s'écoulait en même temps et en quantité égale des deux utérus.

Bien que la femme demandât qu'on la débarrasse de « cet embarras de richesse », Baline ne fit pas la section de la cloison, estimant que cela faciliterait une grossesse simultanée dans les deux utérus, complication très grave, et que l'on pouvait toujours l'enlever pendant l'accouchement, si elle gênait l'expulsion du fœtus.

Observation XVI

Résumée

(Benicke. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.* 1877, vol 1. p. 366)

Grossesse menée à terme, développée dans l'utérus gauche. — Rétroversion de l'utérus droit empêchant l'engagement de la tête, nécessitant une application de forceps. — Bassin rétréci. — Délivrance artificielle.

Une primipare de 28 ans est examinée par Benicke au moment du travail. Il constate que l'utérus, bien développé comme dans une grossesse à terme, est situé sur la ligne médiane ; on entend les bruits du cœur fœtal à droite.

Par le palper, on sent, à travers les parois utérines, le fœtus dont le sommet repose sur le détroit supérieur ; le siège occupe le fond de l'organe ; le dos est perçu directement à droite.

Il est absolument impossible de sentir l'utérus non gravide.

Au toucher, on constate que le vagin est divisé en 2 conduits

par une cloison verticale, celui du côté droit un peu plus étroit. Au fond du vagin gauche est un col presque complètement dilaté. La partie supérieure de la cloison est fortement repoussée à droite par le sommet qui se présente en O. I. D. T. et sur lequel se trouve une grosse bosse séro-sanguine. Le vagin droit conduit à un col dont l'orifice externe, circulaire, permet l'introduction d'un hystéromètre qui pénètre à 11 centimètres. En outre, en arrière et à droite de l'utérus gravide, le doigt vaginal arrive vers le fond de l'utérus non gravide qui est en rétroversion. Cette disposition explique comment il était impossible de le sentir par le palper. Le bassin est rétréci. Les douleurs étant très faibles, on est obligé de pratiquer une application de forceps et on extrait un enfant vivant. Il se produit ensuite une hémorragie qui nécessite la délivrance artificielle.

Après la délivrance, et toujours sous le chloroforme, on constate, par le toucher combiné au palper, l'indépendance absolue des deux vagins et des deux utérus ; le périnée est intact, mais la cloison intervaginale est légèrement entamée.

Au treizième jour après l'accouchement, l'utérus gauche mesure 7 centimètres de long, le droit 8 centimètres. Ce dernier est en rétroversion.

Observation XVII

Résumée

Holzabfel. — *Cent. f. Gyn.* 1893, p. 873)

Vagin gauche oblitéré à sa partie inférieure, et pyocolpos dans sa partie supérieure. — Incision, drainage de cette cavité. — Grossesse dans l'utérus gauche. — Rétroversion de l'utérus droit non gravide s'opposant à l'accouchement spontané et nécessitant la version podalique par manœuvres internes. — Mort de l'enfant pendant l'extraction.

Primipare de 25 ans, réglée à 16 ans. Règles régulières mais douloureuses jusqu'à 20 ans. A ce moment, les règles deviennent très irrégulières, restent douloureuses et s'accompagnent de pertes purulentes. Examinée une première fois à cette époque, on constate, à l'inspection des parties génitales externes, que l'hymen est intact ; le doigt pénétrant dans le vagin arrive sur le museau de

tanche d'un premier utérus, dont l'orifice regarde directement à gauche. Le fond de cet utérus est repoussé en haut et à droite par une masse assez considérable qui fait également saillie sur la paroi latérale gauche du vagin. En exerçant une pression sur ce renflement, c'est-à-dire au niveau de la paroi latérale gauche du vagin, on fait sortir, à ce niveau, une goutte de pus.

On pratique l'excision complète de cette paroi, on nettoie la cavité et l'on pénètre alors dans un second vagin, c'est-à-dire dans le vagin gauche fermé à sa partie inférieure. A sa partie supérieure se trouve le museau de tanche d'un second utérus ou utérus gauche. Le fond de cet utérus peut être senti et est situé à gauche. L'orifice cervical, très petit, ne veut pas se laisser pénétrer par l'hystéromètre.

Quatre ans plus tard, la malade revient accoucher. Examinée, on constate par le palper une représentation du sommet au détroit supérieur. Le ligament rond gauche est tendu et nettement senti. Il s'élève verticalement et s'insère à la hauteur du nombril. Par le toucher, on arrive d'abord sur un col perméable qui laisse facilement pénétrer un doigt. Il est raccourci d'environ 1 centimètre. La cavité utérine est tapissée par une muqueuse épaisse. On sent également le fond de cet utérus, qui est en rétroversion, dans la concavité du sacrum. Cet utérus représente l'utérus droit non gravide. Entre le col de ce dernier, qui est en arrière, et la symphyse pubienne, qui est en avant, on arrive sur le col de l'utérus gauche qui présente une dilatation de 6 centimètres. Les douleurs existaient aussi du côté droit. A la dilatation complète, la tête ne s'engageant pas et étant retenue au détroit supérieur à cause de l'augmentation de volume et de la rétroversion de l'utérus non gravide, on est obligé de recourir à une version podalique. L'enfant meurt pendant l'extraction. Son poids est de 3.150 gr., sa longueur de 51 cent.

On fit l'extraction manuelle de la caduque de l'utérus droit pour éviter la fièvre durant les suites de couches, comme on l'a observé dans les cas antérieurs où on l'avait laissée. La malade fut examinée après la délivrance ; on constata la séparation absolue des deux utérus. Entre les deux cols existait un mince ligament. Les suites de couches furent normales.

Observation XVIII

Résumée

(Tschudy. — *Arch. f. Gyn.*, 1895. vol. XLIX. p. 471

Grossesse dans la moitié gauche d'un utérus didelphe qui était le siège d'hématométrie. — Obstacle à l'accouchement dû à la sténose de l'orifice du col. — Opération de Porro. — Guérison.

Primipare de 30 ans. Réglée à 18 ans. Les règles étaient régulières, modérées et primitivement indolores ; mais, au bout de deux ans la malade souffrit beaucoup à l'approche des règles, si bien qu'elle demanda à entrer à l'hôpital. Par l'examen vaginal, on constata un utérus didelphe dont la moitié gauche était le siège d'une hématométrie Elle fut opérée de cette affection.

A 29 ans, elle devient enceinte. La grossesse évolue jusqu'à terme sans présenter le moindre accident.

L'année suivante, après 3 jours de travail, la malade, ne pouvant accoucher spontanément, entre de nouveau à l'hôpital.

On constate, par le palper, que l'utérus gauche, c'est-à-dire l'utérus gravide, reste très contracté, même dans l'intervalle des contractions. A sa droite, se trouve l'utérus vide légèrement augmenté de volume. Par le toucher, on arrive sur les deux cols ; celui qui correspond à l'utérus gravide étant à peine entrouvert et inextensible.

En présence de la longueur du travail, de l'intensité des contractions qui faisaient craindre une rupture utérine et de l'état d'étroitesse du col, on décide de faire une laparatomie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'utérus droit entièrement distinct du gauche et ayant sa trompe et son ovaire insérés au niveau de la corne droite.

On fait l'extraction d'un enfant en état de mort apparente qu'on peut ranimer, mais qui succombe au bout de douze heures.

L'utérus fut amputé selon la méthode de Porro. Au niveau de la corne gauche de l'utérus didelphe, se trouvaient insérés une trompe et un ovaire ; ce dernier contenait un corps jaune.

La malade guérit complètement de son opération.

Observation XIX

(Résumée)

(Strauch. — *Cent. f. Gyn.*, 1887, p. 684).

Expulsion empêchée par la résistance de la cloison vaginale. — Section de cette dernière

Primipare de 22 ans, réglée pour la première fois à 15 ans. Règles régulières.

On constate, à l'inspection de la vulve, que la tête se trouve coiffée par une membrane qui représente une partie de la cloison intervaginale.

Par le toucher, le doigt introduit du côté gauche en longeant la petite lèvre du même côté, on arrive sur la tête fœtale recouverte de cette cloison ; la tête se trouvait maintenue dans cette position depuis deux heures. Pour terminer l'accouchement, il faut sectionner cette membrane sur une longueur de 4 centimètres environ.

A l'examen ultérieur, on trouve un vagin droit bien formé et un vagin gauche petit.

A l'aide du spéculum et de ce même côté, on voit une masse rougeâtre sortant du col et présentant tous les caractères d'une caduque.

Un mois plus tard, la sonde pénètre dans l'utérus droit de 9 centimètres ; dans le gauche de 7 centimètres. Les deux sondes introduites simultanément ne se touchent sur aucun point.

Observation XX

(Résumée)

(Von Ditter. — *Cent. f. Gyn.*, 1894)

Accouchement à terme après déchirure spontanée de la cloison

La parturiente est primipare. Examinée pendant le travail, on constate une présentation du siège mode des fesses. Il existe deux vagins séparés par une cloison ; le vagin gauche un peu plus grand que le droit. Par celui-ci, on arrive sur le col de l'utérus non gra-

vide ; par l'autre, sur un col dilaté et sur la partie fœtale représentée par un siège décomplété mode des fesses. L'accouchement se termine spontanément, après déchirure de la cloison, par la naissance d'un enfant vivant.

L'examen vaginal, fait pendant les suites de couches qui furent normales, fit constater que les deux utérus étaient indépendants.

Observation XXI

(Résumée)

(Giles. — *Transactions of the Obst. Society of Lond.*, 1895, p. 301

Séparation des deux vagins. — Déchirure de la cloison au moment de l'accouchement. — Douleurs au niveau de la cicatrice qui nécessitent l'ablation de la cloison.

Primipare de 31 ans. La malade entra à l'hôpital de Middlesex le 17 août 1895.

Réglée à 16 ans. Règles durant de trois à quatre jours en moyenne et revenant régulièrement tous les mois, en général non douloureuses, excepté les six derniers mois.

Mariée à 24 ans Six mois plus tard, elle fit un avortement de trois mois et demi. Deux ans après, elle accouchait d'une fille actuellement vivante et bien portante. L'accouchement semble avoir été parfaitement naturel.

Après ses suites de couches, la malade commença à souffrir de douleurs sourdes dans le bas ventre et, en même temps, on constata au niveau des organes génitaux une membrane qui faisait saillie hors de la vulve et qui n'existait pas avant l'accouchement.

La gêne qu'occasionna cette membrane décida la malade à entrer à l'hôpital pour en demander l'ablation.

Examinée à ce moment, on constata qu'un lambeau charnu faisait saillie et qu'il représentait la partie inférieure d'une crête saillante qui s'étendait tout le long de la paroi postérieure du vagin en suivant la ligne médiane.

Sur la paroi antérieure existait également une crête médiane.

Ces deux saillies devaient être considérées comme les restes d'une cloison antéro-postérieure divisant le vagin en deux parties : un vagin droit et un vagin gauche.

L'examen au spéculum montra un premier col avec un orifice cervical externe de multipare ; c'était le col de l'utérus qui avait été gravide. A côté de lui, on pouvait voir un deuxième col présentant l'aspect du col des nullipares.

Il fut facile de faire pénétrer l'hystéromètre dans les deux orifices et de constater l'indépendance et la divergence de ces deux utérus.

C'est ce que l'on affirma également par le toucher vaginal combiné à l'examen abdominal.

La crête fut enlevée, la malade quittait l'hôpital le dixième jour, complètement guérie.

Observation XXII

in-extenso

P. Bar. — Grossesse et accouchement dans un cas d'utérus didelphe. Communiquée à la Société obstétricale de France, le 3 juillet 1902

Primipare : Bassin normal. — Utérus didelphe. — Vagin double à cloison médiane épaisse formée de deux parois adossées et mobiles l'une sur l'autre. — Grossesse normale dans l'utérus droit — Accouchement à terme. — Forceps. — Déchirure de la cloison à sa partie inférieure avec hémorragie. — Enfant vivant pesant 3.300 grammes. — Suites de couches légèrement fébriles. — Pas d'expulsion de caduque encore. — Pas d'anomalie familiale des organes génitaux ou autres organes.

Bien que l'histoire obstétricale des utérus didelphes soit faite avec précision, les cas d'utérus didelphes devenus gravides ne sont pas tellement communs qu'il soit sans intérêt de relever les faits soumis à notre observation.

J'ai en ce moment dans mon service une femme ayant un utérus didelphe Cette femme est accouchée il y a dix jours et ceux d'entre vous que cette question intéressera, pourront l'examiner.

Voici en quelques mots son histoire :

C'est une femme de 30 ans, de vigoureuse constitution.

Elle ne présente aucune anomalie extérieure.

Son squelette est bien conformé, Elle présente le type brachycéphale.

Diamètre OF = 17 c., 5

Diamètre Bi P = 15 c.

J'ai mesuré les dimensions transversales du bassin. Elles ne sont

pas agrandies, ainsi qu'on l'observe parfois dans le cas d'utérus didelphe.

Le diamètre bi-épineux = 21 c., 2.

Le diamètre transverse maximum = 27 c., 5.

Les mamelles sont bien développées. Il n'y a pas de diverticulum axillaire, Il n'y a pas de polythélie.

Cette femme a été réglée à l'âge de 17 ans. Depuis ce moment, elle a toujours été réglée régulièrement Elle n'a jamais eu de règle doublée dans le mois : elle n'a pas observé d'alternance des règles fortes et faibles. L'écoulement sanguin apparaissait à date fixe ; il était sensiblement égal à toutes les règles. Jamais celles-ci n'ont été douloureuses. Il n'y a jamais eu d'expulsion de membranes au moment des règles.

Cette femme s'est mariée, il y a un an. Rien n'avait attiré son attention sur une anomalie de l'appareil génital ; rien ne l'attira pendant les premiers temps du mariage.

Elle eut pour la dernière fois ses règles le 8 septembre. Elle est entrée en travail le 25 juin. Elle était donc à terme. Aucun incident n'a marqué le cours de la grossesse A aucun moment elle n'a eu de perte de sang ; elle n'a pas expulsé de caduque.

Le travail de l'accouchement se poursuivit régulièrement.

Sa durée totale fut de 17 heures. Les membranes se rompirent à la dilatation complète.

Comme il parut à la sage-femme qui l'assistait que la période d'expulsion se prolongeait un peu, la femme fut envoyée dans mon service.

Le diagnostic de vagin double fut immédiatement fait par l'interne et par la sage-femme de garde Je fus prévenu.

Quand je palpai la malade, rien n'attira mon attention du côté d'une anomalie de l'utérus. Les dimensions de celui-ci étaient normales. Le corps utérin était médian et je ne sentis pas de tumeur latérale formée par le corps utérin vide. Il n'y avait aucune anomalie vulvaire. Il y avait une cloison descendant jusqu'à la vulve, cloisson épaisse formée de deux parois vaginales adossées et mobiles l'une sur l'autre.

L'extrémité inférieure de cette cloison était épaisse et chaque orifice vaginal était limité par un hymen complet. La cloison portait donc à sa partie inférieure le segment interne des deux hymens.

Le doigt introduit dans le vagin droit arrivait sur la tête fléchie en OIGA, appuyant sur le releveur.

Le vagin était spacieux. Cependant la cloison à 1 ou 2 centimètres de son extrémité inférieure formait une bride un peu résistante.

A gauche le doigt entrait dans un vagin également spacieux, au fond duquel il ne pouvait atteindre de col utérin.

Il sentait à travers la cloison la tête fœtale.

Je fis une application de forceps. L'enfant qui pesait 3.300 grammes et qui paraissait bien constitué fut extrait facilement.

La délivrance se fit normalement. Le placenta était normal : il n'était pas bordé.

Quand j'examinai la malade immédiatement après l'accouchement, je trouvai la cloison vaginale déchirée dans son tiers inférieur. Le lambeau antérieur saignait abondamment. Des pinces appliquées sur le lambeau suffirent à arrêter l'hémorragie.

En haut les deux vagins semblaient s'écarter. Celui du côté droit aboutissait à un col largement ouvert ; celui du côté gauche à un col très mou dans lequel le doigt peut pénétrer jusqu'à l'orifice interne.

Le bassin paraissait normal ; le promontoire n'était pas accessible.

Par le palper combiné avec le toucher on sentait l'utérus vide à gauche et en arrière, mais on le délimitait mal et on ne le sentait pas comme une tumeur tout à fait isolée de l'utérus gravide. Cependant les deux cols étaient bien séparés et mobiles l'un sur l'autre.

Les suites de couches ont été fébriles, mais sans complication sérieuse.

Je me propose de sectionner le reste de la cloison, afin d'éviter les quelques inconvénients qu'un éperon vaginal situé à peu de distance de la vulve pourrait avoir.

J'ai interrogé la malade sur sa famille. Elle a une sœur mariée, qui a eu plusieurs enfants. On n'a remarqué aucune anomalie chez elle.

Elle n'a pas entendu dire que sa mère eût présenté aucune anomalie.

Aujourd'hui la malade n'a pas encore rendu de caduque.

Je l'ai examinée ce matin. L'utérus droit est encore gros sur la

ligne médiane. L'utérus gauche fortement incliné vers la fosse iliaque gauche simulerait un fibrôme. Il s'isole mal du précédent.

Les points intéressants de cette observation peuvent être ainsi résumés :

Utérus didelphe. Menstruation tardive sans aucune anomalie.

Grossesse normale : accouchement à terme, application de forceps et déchirure de la cloison à sa partie inférieure. Hémorragie abondante provenant du lambeau antérieur.

Bassin normal ; absence d'autres anomalies.

III. — Plusieurs grossesses dans le même utérus

Observation XXIII

Résumée

(Bäcker. — *In Centralblatt 1896*, p. 883. — Section gynécologique de l'Association royale de médecine de Budapest. 11 avril 1895).

Quatre grossesses sans accident à droite. — Hématométre et hématosalpinx dans l'utérus gauche atrésié — Laparatomie. — Mort par shock — Autopsie. — Absence du rein et de l'uretère gauche.

Bäcker présente la préparation d'un utérus didelphe avec hématométre et hématosalpinx gauche, enlevé après laparotomie chez une 4e pare de 24 ans.

La malade avait accouché pour la dernière fois depuis un an.

Réglée toutes les 4 semaines régulièrement ; durées, 2 à 3 jours.

La malade se plaignait qu'une tumeur grossissait dans son ventre depuis 5 ans. Elle avait des pertes blanches et des douleurs abdominales qui devenaient plus vives durant ses grossesses.

Par des recherches continues on trouva, dans la moitié gauche du bassin, une tumeur grosse comme une tête d'enfant, dure, élastique au toucher, à surface irrégulière et bosselée, difficilement mobilisable, annexée à la portion cervicale de l'utérus fortement incliné vers la droite.

Le professeur Kezmirszt fit la laparatomie avec le diagnostic de tumeur extra-utérine.

Extirpation de la tumeur difficilement énucléée.

Suture du sac. Durée de l'anesthésie, 2 h. 1/4. Mort le même jour par shock.

Après un examen approfondi de la tumeur, il s'ensuit qu'on *avait affaire à un cas d'utérus didelphe*, dont la moitié gauche était atrésiée. *La tumeur enlevée était constituée par l'accumulation de sang dans la moitié de l'utérus et de la trompe en question.*

A l'autopsie, tuberculose pulmonaire ; *absence complète du rein et de l'uretère gauche*, si bien que la cause de la mort ne pouvait être rapportée qu'à la chloroformisation.

Chose intéressante dans ce cas, l'utérus didelphe existe chez une femme bien développée, qui a *accouché 4 fois sans secours, bien qu'il existe un hématomètre depuis 5 ans.*

Observation XXIV

Résumée

(Stavely. — *American journal of Obstetric.*, 1902, janvier, p. 56).

Trois grossesses dans l'utérus droit. — 1° Accouchement prématuré : présentation du siège. — Travail très lent. — Extraction manuelle. — Enfant vivant. — 2° Avortement à 5 mois. — Métrite. — Curettage. — 3° Accouchement prématuré à 8 mois.

E. R..., 28 ans, mulâtresse de bonne apparence, vient à l'hôpital pour ménorrhagie.

Rougeole dans son enfance. Pneumonie en 1890 ; actuellement tuberculose pulmonaire au 1er degré. Réglée à 14 ans, irrégulièrement durant les premiers mois, toutes les cinq ou six semaines ensuite pendant trois à quatre jours. Douleurs au début et à la fin des règles.

Mariée à 23 ans, elle devient enceinte un mois après ; sept mois plus tard, accouchement prématuré à la suite d'une chute. L'enfant se présenta par les pieds. *Le travail fut lent ; il dura trois jours* et se termina à l'aide des mains.

L'enfant, une fille, était bien conformée, elle vit jusqu'à présent.

Après les couches, péritonite qui dura trois semaines.

Deux ans après, *deuxième grossesse et avortement à cinq mois.* Cet avortement détermine des troubles menstruels qui ne s'améliorent qu'après deux curettages. *Pendant la menstruation le sang semblait venir des deux cols.* Pendant ses grossesses, la femme remarqua une augmentation de volume *du ventre du côté droit de la ligne médiane*, ce qui serait en faveur d'une conception de ce côté.

Examen : A l'inspection de la vulve, on remarque une bride de tissu fibreux, épaisse extérieurement, effilée en pointe à 1 4 cent. au-dessus, étendue de l'urèthre à la commissure postérieure, de 2 à 3 cent. de hauteur.

Il y a deux cols bien développés.

Le col gauche est normal.

Le col droit est déchiré bilatéralement ; ses lèvres éversées présentent des points rouges et spongieux. Entre les deux cols naît la cloison vaginale qui s'étend en bas sur une longeur de 2 à 3 cent., laissant de cette façon, une large ouverture, qui laisse passer quatre doigts, entre elle et la bride vulvaire située au-dessous.

Ce double canal imparfait est plus large que le vagin normal.

La bride externe ne semble pas avoir été déchirée ou avoir empêché le travail.

Chaque moitié de l'utérus est bien développée.

Chaque cavité a 2 pouces et demi de longueur. Deux sondes introduites dans chacune d'elles divergent presque à angle droit, ne se rencontrent en aucun endroit. Chaque moitié a un fond arrondi, ne s'effilant pas en pointe du côté de la trompe comme c'est communément représenté, mais ressemble beaucoup à l'organe normal, sauf le cas d'absence de trompe et d'ovaire d'un côté.

Chaque moitié est mobile est indépendante, excepté au niveau du col. Avec un doigt placé dans le rectum et l'autre placé dans le vagin, les cols peuvent être palpés bimanuellement. *On peut sentir entre eux, en avant et en arrière, un sillon très bien marqué, démontrant, d'une façon plus satisfaisante l'indépendance des deux utérus.*

Les deux ovaires sont normaux.

Depuis la femme a accouché d'un *enfant de huit mois* et, comme dans les autres cas, *la grossesse a eu lieu du côté droit.*

Observation XXV

Résumée

(Uterus didelphe. — Hématomètre et hématocolpos répétés dans un utérus ; deux grossesses successives dans le deuxième. — Wendling. *Wiener Klinische Wolchenschrift*, 1896, n° 2.)

Utérus gauche atrophié, vagin gauche fermé. — Hématomètre et hématocolpos à gauche simulant une grossesse chez une jeune fille vierge. — Diagnostic erroné de tumeur ovarienne. — Opération conseillée et refusée. — Rupture spontanée de la tumeur. — Après le mariage, grossesse dans l'utérus droit et récidive de l'hématomètre et de l'hématocolpos à gauche. — Mort de l'enfant et accouchement prématuré au 8e mois. — Présentation du siège. — Difficultés de l'accouchement. — Large incision de l'hématocolpos. — Extraction d'un enfant porteur d'une malformation. — Abondante hémorragie venant de l'utérus vidé de son hématomètre. — Nouvelle grossesse dans l'utérus droit sans hématomètre à gauche.

En été 1893, une paysanne de 20 ans, bien constituée, vient trouver Wendling. Règles régulières et abondantes depuis l'âge de 16 ans. Elle présente une tumeur abdominale qui a grossi progressivement depuis un an, occasionnant des douleurs dans les reins et un irrésistible besoin d'uriner. La malade nie absolument avoir eu des rapports sexuels.

A l'inspection, la tumeur a un volume correspondant à celui d'une grossesse de sept mois. Au palper, elle est fortement tendue, presque dure, un peu irrégulière. A sa droite et dans le petit bassin, on sent une petite tumeur mal limitée. Rien du côté des organes génitaux externes. L'hymen imperforé permet à peine l'introduction de l'index. Au toucher, on trouve à gauche une tumeur obstruant presque entièrement le vagin. A sa droite et au dessus on rencontre l'orifice utérin. Je ne songeais pas, je l'avoue, à un utérus didelphe avec hématocolpos. Je portai le diagnostic de tumeur ovarienne. Je proposai l'opération, qui fut refusée.

Quatre semaines plus tard, survint la rupture spontanée et, durant deux jours, un abondant écoulement de liquide brun, épais et visqueux, se fit par le vagin. Consécutivement tous les troubles disparurent et la jeune fille se maria un mois après.

Le 18 mars, à 11 heures du soir, la sage-femme me fit appeler

pour accoucher cette même personne. La grossesse était au début du 8e mois. Les mouvements de l'enfant avaient cessé depuis trois jours. La femme souffrait depuis six heures du soir. Une heure après le début des douleurs, les eaux s'étaient écoulées. Les contractions se succèdent presque sans intervalle et les douleurs sont continuelles. Le volume du ventre est beaucoup plus considérable que ne le comporte l'époque de la grossesse. A droite, se trouve une tumeur qui s'élève jusque sous le thorax et en impose pour un utérus gravide. Cette tumeur s'étend verticalement dans la moitié droite du bassin. A gauche et immédiatement à côté d'elle s'en trouve une deuxième de forme plus ovale, qui plonge modérément dans le petit bassin. En entr'ouvrant la vulve on aperçoit une tumeur bleu foncé, presque violette, arrondie, de la grosseur d'une tête d'enfant, fortement tendue, qui remplit complètement le vagin. On ne peut glisser les doigts, qu'à droite de la tumeur. On y réussit difficilement parce qu'elle est dure et remplit le vagin tout en entier. L'épaisseur des membranes d'enveloppe est évaluée à 1 cent. 1/2 ou 2 cent. Le diagnostic n'était pas douteux, étant donné les anamnestiques : grossesse dans un utérus, hématomètre et hématocolpos dans le deuxième.

Une rupture était à craindre aussi bien du côté de l'utérus gravide que du côté de la tumeur ; il fallait intervenir.

J'essayais de pénétrer jusqu'à l'utérus gravide pour déterminer sa position et me rendre compte du volume de la tumeur située dans le vagin. Tout à fait en haut j'arrivais sur l'orifice utérin, qui laissait écouler du liquide, et je sentis les pieds de l'enfant. J'incisai l'hématocolpos suivant la longueur. Un flot de liquide brun, épais et visqueux, s'écoula hors du vagin. Une demi-heure après, la tumeur n'avait plus que la grosseur d'une tête d'homme. Les douleurs cessèrent un instant : la femme épuisée de fatigue put se reposer. Je pus extraire ensuite un enfant mort dont le développement correspondait bien à l'âge de la grossesse.

Il était porteur d'une malformation (gueule de loup).

Pas d'hémorragie du côté de l'utérus droit après la délivrance. Il s'était bien contracté. Lorsque l'utérus gauche eut vidé son contenu il se produisit une hémorragie considérable qui ne céda qu'à un traitement énergique. Pour cette raison la femme eut de nombreuses faiblesses, mais elle se rétablit. Les suites de couches furent normales, grâce à des injections au lysol répétées trois fois par jour pendant une semaine.

Six semaines après, l'utérus antérieurement gravide, est situé presque sur la ligne médiane.

Au toucher on sent son col et à gauche de lui une membrane qui cloisonne le vagin sur un tiers de son étendue.

Derrière cette membrane le doigt arrive sur l'orifice du col du deuxième utérus. Il pénètre facilement dans la cavité utérine, qui affecte la forme d'une cloche.

Celle-ci a 3 cent. 1/2 de longueur sur 3 cent. de largeur.

Le fond de l'utérus gauche est situé plus bas que celui de l'utérus droit.

Dans la partie inférieure et gauche du vagin on trouve une deuxième membrane qui forme avec la paroi un nid ouvert en haut. La cloison vaginale n'a pas été divisée en deux parties égales par la section longitudinale ; ceci ne s'explique que par la torsion du vagin fermé, comme l'ont dit d'autres observateurs.

J'avais l'intention de proposer l'enlèvement de l'utérus droit pour ne pas exposer la femme à une grossesse avec formation d'un hématomètre.

Cet organe, du reste, en raison de ses dimensions n'aurait jamais pu arriver à la grossesse normale et aurait fait courir le risque d'une rupture et d'une infection. Après mon dernier examen je jugeai bon de ne pas inviter la malade à se faire opérer parce qu'un hématomètre n'était plus à craindre.

La femme est redevenue grosse. Elle se présente devant moi au troisième mois de la grossesse. Voici ce que je trouve :

L'utérus droit gravide a une grosseur correspondante à une grossesse de trois mois. L'utérus gauche est en prolapsus et son col est presque visible dans la fente vulvaire.

Le 27 octobre, je revois la femme dans la dernière semaine de sa grossesse. L'utérus gravide est situé au milieu ; son col a une situation assez médiane. Le toucher rectal montre que l'utérus gauche est situé derrière l'utérus gravide.

Observation XXVI

(Résumée)

Olivier. *Gazette médicale de Paris*, 1872, page 163.

Utérus didelphe et vagin double. — Six grossesses consécutives dans l'utérus droit. — Quatre accouchements normaux. — Forceps au cinquième. — Éclampsie du sixième accouchement. — Mort 3 mois après par cirrhose hépatique. — Autopsie.

Femme entrée à Lariboisière en 1869, âgée de 42 ans. Mariée à 25 ans, cette femme a eu cinq enfants. Les quatre premiers accouchements furent très réguliers, mais au cinquième, on dut faire une application de forceps.

Au moment de son admission à l'hôpital, elle prétendait être enceinte de 8 mois.

Quinze jours après, elle accouchait sans difficulté, après avoir eu trois attaques d'éclampsie. Trois mois après, elle mourait de cirrhose du foie.

Autopsie.

On constata deux utérus absolument séparés l'un de l'autre par un espace comblé par les anses intestinales. Le corps de l'utérus gauche offre une différence frappante avec le corps de l'utérus droit, qui est beaucoup plus petit.

Le col du côté gauche présente un orifice externe déformé ; celui du côté droit présente les caractères du col vierge.

A l'angle externe de chaque utérus existe l'insertion de la trompe du ligament rond et du ligament de l'ovaire.

Le vagin est divisé en deux parties par une cloison médiane complète.

Observation XXVII

(Résumée)

(Docteur Platon. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. — Marseille, octobre 1898. Utérus double et grossesse.

Utérus et vagin doubles. — Atrophie de l'utérus gauche. — Deux grossesses dans l'utérus droit avec présentation du siège. — Lenteur du travail et difficulté de l'extraction. — Deux fœtus morts-nés.

R..., 28 ans, entre à la Maternité de Marseille, en février 1894, au neuvième mois de la grossesse. Antécédents excellents. Santé parfaite.

Accouchement difficile : dilatation très lente, terminée par l'application du ballon de Champetier. Présentation du siège mode des fesses. Extraction pénible d'un enfant mort-né. Suites de couches normales.

En février 1897, la femme reparait dans le neuvième mois d'une seconde grossesse. Rien de particulier durant la gestation. Bassin à diamètres normaux. Présentation du siège SIDP.

Accouchement le 6 mars. Travail lent, pénible. Dilatation un peu plus rapide que la première fois. Expulsion d'un fœtus mort-né dont le décès doit être attribué, comme la première fois, à la lenteur du travail et à la difficulté de l'extraction. Délivrance normale.

Recherchant la cause de cette dystocie, on trouva un utérus double et un vagin cloisonné.

Une cloison, commençant à deux centimètres de la vulve, divisait le vagin.

L'utérus gauche, tout petit, présentait un petit col de vierge. L'utérus droit, qui avait été fécondé, était normal. Son col entr'ouvert, permettait l'introduction d'un hystéromètre sur une longueur de 7 centimètres.

Observation XXVIII

Résumée

Rossa — *Viener klin. Wochenschrift*, 1892, n° 35,
in Centr. f. Gyn 1893, p. 623.

Grossesse développée dans l'utérus droit. — Vagin droit oblitéré à sa partie inférieure. — Déchirure spontanée de la cloison. — Délivrance artificielle.

Secondipare de 24 ans. La première grossesse s'était terminée par un travail facile, 15 jours avant terme.

Elle est envoyée à la clinique gynécologique en vue d'y subir une laparotomie ; le médecin qui assistait cette malade ayant fait le diagnostic de grossesse tubaire avec rupture menaçante.

Examinée à la clinique, on constate un utérus développé comme dans une grossesse de 7 mois et demi environ.

Le palper fait reconnaître une présentation du sommet, qui est engagé dans l'excavation, et ne permet de sentir aucune tumeur devant répondre à l'utérus vide.

L'examen des parties génitales externes semble ne présenter rien d'anormal. Par le toucher, on arrive sur une tumeur sphérique qui donne la sensation de la tête recouverte de parties molles, ces dernières semblant répondre à la cloison de séparation des deux vagins. Le doigt, en pénétrant plus profondément, arrive sur un col ouvert, perméable, qui répond à l'orifice externe de l'utérus non gravide. Il semble résulter de cet examen qu'il existe deux vagins : l'un, le droit, se terminant en cul-de-sac inférieurement et dans lequel s'engage la tête fœtale ; l'autre, le vagin gauche, représente le vagin perméable, lequel fait suite à l'utérus non gravide, qui se trouve légèrement refoulé à gauche et en arrière par l'utérus gravide. Ajoutons que la cloison de séparation des deux vagins se trouve distendue et refoulée par la tête qui s'en trouve comme coiffée. A ce niveau, se trouve une petite ouverture d'un centimètre de diamètre par laquelle le doigt sent l'amnios fortement tendu. Cette ouverture paraît être de date ancienne et c'est probablement par elle que devait se faire l'écoulement des règles de l'utérus droit. C'est à cette disposition qu'il faut vraisemblablement attribuer l'absence d'hématométrie ou d'hématocolpos.

Sous l'influence des contractions utérines la cloison de séparation des deux vagins cède et se déchire. La tête arrive à la vulve, le dégagement s'opère en produisant une déchirure périnéale. Après avoir attendu longtemps, le placenta ne se détachant pas, on est obligé de recourir à la délivrance artificielle. Pour cela, la main est obligée de passer de la vulve dans le vagin droit, à travers la fente de la cloison intervaginale.

Le décollement du placenta se fait sans difficulté. En explorant le vagin gauche, on arrive dans la profondeur sur le col de l'utérus gauche qui présente une dilatation de 2 centimètres.

Le toucher, combiné au palper, permet de constater l'augmentation de volume de cet utérus et, en outre, l'indépendance absolue de l'utérus droit et de l'utérus gauche. Il s'agit donc encore d'utérus didelphe.

V — Grossesses normales successives dans les deux utérus.

Observation XXIX

(Résumée)

(Simon. *Centralblatt für gynécologie*. 1894. p. 1313)

Un cas d'utérus didelphe chez une femme qui a eu sept enfants, et chez laquelle la malformation n'avait pas été reconnue. Les deux utérus avaient été successivement gravides.

Madame G..., 48 ans, a des hémorragies irrégulières et de fortes pertes.

Mariée à l'âge de 25 ans, elle eut six accouchements presque successifs ; on fit une fois un forceps, à cause de la faiblesse des contractions ; les autres accouchements furent rapides. Les six enfants moururent les premiers jours de la naissance. Le dernier accouchement date de 1879.

En 1885, nouvelle grossesse, accouchement d'une fille saine, qui vit. Peu de temps après l'accouchement, des douleurs apparaissent sur le côté droit du ventre ; les règles sont abondantes, irrégulières

et s'accompagnent de flueurs profuses. La malade est envoyée auprès de Simon, qui constate ce qui suit :

Femme de taille moyenne, maigre, anémique, normalement conformée, bassin normal non élargi. Organes génitaux et vagin de multipare. Déchirure du périnée, au deuxième degré. Orifice utérin ectropionné, saignant au toucher ; déchirure étendue du col à droite. Adhérences du col ectropionné au vagin.

Le fond de l'utérus est mobile, incliné vers la droite, en antéflexion. Le tissu de prolifération cachait complètement l'orifice utérin. Simon, après anesthésie, glisse une sonde dans l'utérus. A son grand étonnement, elle file à gauche et en arrière. Par le toucher bi-manuel, il trouve un deuxième utérus normalement conformé en forte rétroversion gauche. « Les deux utérus étaient complètement séparés : le droit en profonde antéflexion, le gauche en rétroversion. Les deux cavités, de longueur normale, convergeaient vers le vagin et se rencontraient à l'orifice externe de l'utérus. Les deux cols se laissaient aussi palper isolément ». La bande qui les reliait avait la forme d'un triangle dont le sommet touchait le vagin. A l'état virginal, les deux cols étaient, quoi qu'il en soit, complètement séparés. Actuellement, les deux canaux cervicaux s'ouvraient dans la grande érosion commune. Les deux orifices utérins portaient de nombreuses traces d'activité génitale. Amputation du col près du ligament intercervical et périnéorraphie.

Ici se pose, dit Simon avec la plus grande clarté, le diagnostic d'utérus didelphe.

VI. — Grossesses compliquées successives dans les deux utérus.

Observation XXX

(Résumée)

Dirner. — *Arch. f. gyn.* 1884, vol. 22, p. 163

Incontinence d'urine due à la dilatation de l'urèthre par la copulation. — Vagin double. — Dilatation de ces derniers. — Excision de la cloison. — Grossesse dans les deux utérus successivement.

Femme de 27 ans, bien portante. Au bout de 10 ans de mariage, elle se plaint de perdre de l'urine à chaque coït. L'examen montre

que le coït s'effectuait par le canal de l'urèthre et que le vagin était double.

La dilatation du vagin gauche permet de pratiquer le coït par ce canal. La malade devient bientôt enceinte, mais elle fait un avortement au quatrième mois de sa grossesse.

A cette époque, souffrant de douleurs continues dans l'abdomen avec irradiation dans la région lombaire, ayant des pertes blanches très abondantes, elle se présente à l'hôpital.

On constate alors, par l'examen local, au niveau du méat urinaire largement béant, une tumeur rouge pâle, grosse comme une noix et recouverte d'épiderme.

Le vagin droit livrait actuellement passage au doigt, le gauche était plus large. Chacun d'eux correspondait à un col et les deux étaient nettement séparés. Cet état fut confirmé par un examen par le rectum et par le toucher vésical.

L'opération fut faite par le professeur Tauffer; la cloison de séparation fut enlevée en totalité. Puis on pratiqua l'excision de la tumeur uréthrale et l'on reconstitua l'orifice uréthral qui était béant.

Deux ans plus tard la malade devenait enceinte et accouchait normalement à terme.

Par l'examen pratiqué à ce moment, on put constater que les deux utérus avaient été successivement gravides.

Observation XXXI

Résumée

(Chéron. — *L'Obstétrique*, 1897, p. 117

Utérus didelphe avec vagin unique. — Grossesse actuelle évoluant dans l'utérus gauche. — Expulsion du produit de la conception à six mois. — Deux grossesses précédentes dans lesquelles le fœtus occupait la moitié droite de l'utérus didelphe.

Multipare âgée de 29 ans.

Variole à 3 ans.

Réglée à 15 ans. Menstrues douloureuses, irrégulières et abondantes jusqu'à l'âge de 25 ans, où elle se marie.

Deux grossesses antérieures. Accouchement spontané, à terme.

en présentation du sommet. Enfants bien portants, actuellement vivants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 24 novembre 1895. Battements de cœur durant toute la grossesse. Depuis deux mois céphalalgie intense, troubles de la vue, jambes légèrement œdématiées. Le samedi 30 mai, elle perd du sang à la suite d'une longue course en omnibus. Repos au lit Le mercredi, après un frisson, elle entre à la Maternité avec une température de 38°5 et des phénomènes précurseurs de l'éclampsie. Grande quantité d'albumine dans les urines.

L'élève de garde constate que l'utérus est développé comme dans une grossesse de six mois.

Au palper : Sommet engagé, dos à gauche et en avant.

A l'auscultation : Bruits du cœur à gauche.

Au toucher : Dilatation de l'orifice utérin égale à 3 cent.

Le soir dilatation complète. On rompt les membranes.

Expulsion d'un enfant qui succombe bientôt. Poids 1100 gr.

La malformation avait été méconnue.

Après l'expulsion on sentit au palper une masse régulière siégeant à droite de l'utérus gravide et indépendante de lui.

Au toucher, le vagin ne présente aucune particularité ; pas de trace de cloison en aucun point. On arrive sur l'orifice utérin, puis dans la cavité utérine d'où l'on retire quelques caillots. A droite de cet orifice utérin, le doigt pénètre dans un autre orifice auquel succède une seconde cavité, présentant tous les caractères de la cavité utérine et dans laquelle se trouvent quelques petits caillots sur une caduque prête à être expulsée. Cette dernière, amenée au dehors, présente tous les caractères d'une muqueuse utérine hypertrophiée et saine.

Il existe donc deux utérus. Le toucher bi-manuel montre qu'ils sont absolument indépendants au niveau du col comme au niveau du corps. Il s'agit donc bien d'un utérus didelphe

Dans les deux grossesses précédentes le fœtus occupait l'utérus droit. L'utérus gauche non gravide durcissait au moment des contractions. Ces contractions étaient surtout manifestes au moment du travail où l'utérus droit se contractait en même temps que le gauche.

L'utérus gauche semble avoir une constitution normale. L'avor-

tement ne paraît pas dû à la malformation, mais à une fatigue excessive.

Les suites de couches évoluèrent sans présenter de particularité. Le lendemain de l'accouchement la température revient à 37°. Sous l'influence du régime lacté absolu l'albumine et les œdèmes disparaissent en quelques jours.

L'examen de la malade douze jours après l'accouchement montra que l'involution des deux utérus s'était faite normalement.

Observation XXXII

Résumée

(Meurer. — Utérus didelphe. *Centralblatt*, 1897, p. 301)

Utérus didelphe et vagin double. — Huit grossesses. — Un avortement sans cause. — Sept accouchements normaux

Femme de 49 ans : règles régulières, pas très abondantes, revenant toutes les quatres semaines. Durée : deux à trois jours. Depuis quatre ans, excitation nerveuse et menstruation irrégulière.

Mariée à 23 ans, elle accouche pour la première fois à 24. Depuis elle a accouché sept fois encore « dans des conditions tout à fait normales », avec un avortement sans cause apparente. Une fois, trois jours après l'accouchement, perte d'une membrane probablement déciduale. La sage-femme qui a observé tous les accouchements n'a jamais fait de remarques particulières au sujet des organes génitaux. La femme a toujours été bien portante ; pas de rachitisme. Elle est grande avec les hanches larges ; le coït s'est toujours effectué normalement. Organes génitaux externes normaux ; vagin double, divisé par une cloison intacte dépassant la vulve. L'urèthre normal. A droite et à gauche, au toucher bimanuel, on sent une tumeur, qui est un corps utérin normal divergent. Les sondes pénètrent de six centimètres à droite, de sept centimètres à gauche et se croisent à l'extérieur de la vulve. Les deux cols sont séparés par un ligament d'un demi-centimètre de large et d'un centimètre de hauteur. On ne peut ni vérifier l'existence d'un ligament recto vésical, ni toucher les annexes. On n'a pas pu faire l'examen sous l'anesthésie.

Observation XXXIII

Résumée

(Max Oker Blom. — Utérus duplex separatus. *Centralblatt für Gynécologie*, 1899, p. 1075)

Vagin unique. — Neuf grossesses dans les deux utérus. Quatre avortements ou accouchements prématurés à gauche. — Cinq à droite avec 3 enfants vivants et 1 enfant mort après la naissance.

L'auteur fut appelé par une paysanne de 31 ans, qui se plaignait de plusieurs fausses couches, et avait avorté à nouveau depuis peu. La femme, qui paraît s'être observée très attentivement, lui raconta ce qui suit.

Réglée pour la première fois à 15 ans. Durée : 3 jours. Intervalle 3 semaines. Ensuite les règles durent six jours et reviennent toutes les quatre semaines. A l'âge de 20 ans, apparaissent des douleurs dans les premiers jours des règles. Mariée à 26 ans, elle a eu les grossesses suivantes :

1° Trois mois après le mariage : grossesse, accouchement à terme d'une fille qui a maintenant 9 ans.

2° Allaitement, deux menstruations et nouvelle grossesse qui existe nettement du côté droit : accouchement à terme d'une fille qui a actuellement 7 ans.

3° Grossesse du côté gauche. Le fœtus vécut six semaines. Expulsion deux mois plus tard.

4° Quatre mois après, nouvelle grossesse du côté droit, accouchement à terme d'une fille morte quelques heures après.

5° Trois mois après, nouvelle grossesse du côté droit. Le fœtus vécut six semaines. Expulsion deux mois plus tard.

6° Nouvelle grossesse à gauche. Durée : six semaines.

7° Après un repos d'un an, grossesse à droite. Les mouvements de l'enfant ont duré une semaine. Le fœtus est expulsé sept semaines plus tard.

8° En février 1895, huitième grossesse. En juin, mouvements de l'enfant qui cessent sept semaines après. — Grossesse du côté gauche. Avortement le 3 octobre.

Sur ces huit grossesses, d'après les déclarations même de la

femme, trois ont eu lieu du côté gauche avec avortement. Par contre, sûrement quatre grossesses, vraisemblablement la première aussi, ont eu lieu à droite avec trois enfants vivants.

A l'examen, femme bien bâtie, bassin large, parois abdominales molles, couvertes de vergetures. Vulve et orifice du vagin normaux ; contre la paroi vaginale supérieure on trouve deux orifices séparés par un intervalle d'un centimètre. L'orifice droit est entouré par un anneau dur, inégal, permettant l'introduction de la pointe du doigt. L'orifice gauche plus petit, donne la sensation d'un nombril au toucher. Le pourtour est mou, comme la muqueuse vaginale. Du toucher bimanuel il résulte que la femme possède deux utérus tout à fait séparés l'un de l'autre. La matrice droite a une grosseur à peu près normale ; elle affecte la forme d'une poire. Elle n'a pas d'annexes gauches, une sonde y pénètre de sept centimètres et demi.

Utérus gauche plus petit et dur, rond, particulièrement mobile. N'a pas de trompe et d'ovaire droits. Une sonde y pénètre de cinq centimètres. Ces deux utérus tout à fait indépendants sont unis entre eux seulement par un point de paroi vaginale de un centimètre de large.

L'auteur constate que les deux utérus participaient également à la menstruation.

30 octobre 1895. — Curettage des deux utérus.

En février 1899, nouvelle grossesse du côté gauche constatée en mai par l'auteur. La matrice gauche avait la grosseur d'une tête d'enfant.

En septembre, les mouvements de l'enfant devinrent plus faibles et à partir du 25 ils cessèrent complètement.

Observation XXXIV

(Résumée)

Nebikoff. — *Vratch.* St Pétersbourg. 1886, n° 23, p. 423 ; n° 25, p. 458.

Tuberculose pulmonaire. — Plusieurs accouchements avant terme d'enfants chétifs succombant rapidement après la naissance.

Parturiente présentant des signes de tuberculose pulmonaire, accouchant toujours spontanément avant terme d'enfants chétifs, qui succombaient rapidement après la naissance. Les deux utérus avaient été successivement gravides.

L'auteur de l'observation pense que les accouchements avant terme doivent être attribués à la tuberculose de la mère et non à la malformation utérine.

Observation XXXV

(Tauffer. — *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 236.)

Rétroversion de l'utérus non gravide retardant l'expulsion.

Malade âgée de 38 ans. Trois grossesses. Première grossesse normale suivie d'un accouchement à terme ; enfant vivant se présentant par la tête. Deuxième grossesse avec présentation du siège mode des fesses. Troisième grossesse actuelle. Examen en plein travail. On constate, à l'inspection de la vulve, deux orifices conduisant dans deux vagins parfaitement distincts avec deux hymens rompus. Par le toucher, on constate, en arrière et à droite de l'utérus gravide une masse qui répond à l'utérus vide en rétroversion. Cette disposition rendit le travail beaucoup plus lent.

Après l'accouchement, on constate que les utérus sont bien séparés et répondent exactement à la description de l'utérus didelphe. En outre, ces deux utérus avaient été tous deux gravides et, par conséquent, pouvaient être susceptibles de gravidité simultanée et même de superfétation.

Au troisième jour, après l'accouchement, une caduque apparaît hors de l'utérus droit ou utérus vide.

Observation XXXVI

(Résumée

(Las Casas dos Santos. — *Zeits. f. Geb. et Gyn.* 1888, vol. XIV, p. 167-170.)

Grossesse développée dans l'utérus droit. — Rétroversion de l'utérus gauche non gravide s'opposant à l'accouchement. — Expulsion facile du fœtus après réduction de la rétroversion.

Secondipare de 28 ans, réglée à 15 ans et ayant eu une fausse couche de 6 mois.

Sa grossesse actuelle arrive à terme ; le travail étant trop long, on examine la malade pour se rendre compte de la cause de cette

lenteur. Par le toucher, on arrive sur une tuméfaction de la dimension du poing, placée en arrière et à gauche de l'utérus gravide, c'est-à-dire de l'utérus droit. Cette tuméfaction répond à l'utérus gauche qui est en rétroversion. Après la réduction de ce dernier utérus qui est ramené en avant, la tête s'engage, et, trois heures après, l'enfant naît bien vivant.

La malade est examinée avec soin après le travail et on constata que les utérus sont bien séparés et qu'il s'agit bien d'un utérus didelphe.

Observation XXXVII

(Tuholske. — *American Journal of obstetric*, 1896, p. 693.)

A propos du cas d'Ameiss, Tuholske rapporte un cas de grossesse à terme dans un utérus didelphe. — Utérus didelphe, vagin double. — Première grossesse avec présentation du siège et déchirure de la cloison. — Deuxième accouchement normal.

L'auteur fut appelé en consultation dans un cas où les pieds étaient déjà dehors.

A l'examen, il nota que l'orifice utérin était fermé étroitement. Après un deuxième examen, il songea à un vagin double et à un utérus didelphe. Il eut bientôt la conviction qu'il en était ainsi et qu'un seul utérus était en travail. Celui-ci fut laborieux ; l'enfant vint mort-né. La cloison vaginale fut en partie déchirée durant l'accouchement. Plus tard il enleva cette cloison.

La femme eut une grossesse normale et accoucha d'un enfant vivant en bonne santé.

VII. — Grossesses simultanées dans les deux utérus

Observation XXXVIII

(Résumée)

(Sotschawa. — *Moskowsk. Med. Gaz.* 1878, n° 25. — *Abst. in cent. f. Gyn.*, 1879, n° 6, p. 152

Grossesse double dans un utérus didelphe. — Superfétation. — Avortement double.

Multipare de 26 ans. Dans ses antécédents, on relève deux grossesses, l'une terminée par un avortement, la seconde par la nais-

sance à terme d'un enfant vivant. La malade vient consulter Sotschawa à cause d'une hémorrhagie. Ce dernier constate l'existence de deux vagins complètement séparés par une cloison et d'égale dimension. En outre deux utérus complètement séparés et tous deux gravides. L'avortement eut lieu et la malade expulsa un fœtus de trois mois et un embryon de six semaines.

Cette observation est intéressante, car elle peut être considérée comme un cas fort net de superfétation.

Observation XXXIX

Résumée

Althen. — *Cent. f. Gyn.*, 1890, p. 711

Avortement gémellaire à 4 mois et demi. — Rétention du placenta. — Infection utérine. — Extraction du placenta. — Guérison.

Primipare de 31 ans ; réglée depuis l'âge de 14 ans d'une façon toujours régulière. Les dernières règles eurent lieu le 23 mars 1890. Le 2 août, la parturiente expulsa un fœtus mâle de 4 mois et demi. Elle était assistée par une sage-femme et, comme trois heures après la naissance, le placenta n'était pas encore décollé, on fit venir un médecin qui prescrivit 4 grammes d'ergot de seigle. Cette médication n'eut pas d'effet sur l'expulsion du placenta, mais elle amena, le lendemain, l'expulsion d'un fœtus du même âge que le premier. Comme le placenta restait toujours dans la cavité utérine, on fit venir Althen pour pratiquer la délivrance. A ce moment, la malade présentait des signes d'infection grave : elle avait une température de 40°,4.

Il trouva, à l'examen, deux vagins, d'égale dimension, séparés par une cloison médiane. Par le palper bimanuel, on trouva un utérus de chaque côté et tous deux indépendants l'un de l'autre. De chaque côté on sentait l'ovaire. L'extraction du placenta fut faite complètement et la malade guérit.

Observation XL

L. Maire, de Vichy. — Utérus double. — Grossesse simple dans chaque utérus. — Avortement pour l'un ; accouchement prématuré pour l'autre.— — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 16 janvier 1902, p. 25).

Erreur de diagnostic pour l'un. — Forceps, suppression des contractions. — Enfant vivant avec asymétrie faciale. — Tumeur bénigne du sein chez la mère.

Une primipare de 35 ans, mariée pour la seconde fois, vient trouver le docteur Maire à Vichy avec un retard de 1 mois en août 1899.

A l'examen, vulve normale présentant toutefois une dépresssion en cul-de-sac de 2 centimètres environ où ont lieu les rapports sexuels.

Le vagin est divisé en deux par une cloison très épaisse.

Le toucher se fait péniblement avec le petit doigt.

A la palpation on trouve deux masses du volume du poing, mobiles, indépendantes, l'une très dure, l'autre pâteuse. Ceci, joint aux signes usuels, fit poser le diagnostic d'utérus double, l'un fibromateux, l'autre gravide.

On supprime la cloison vaginale aux ciseaux, après avoir placé un écraseur.

En octobre, Demelin confirme le diagnostic.

Mais en décembre, avortement spontané d'un œuf contenu dans l'utérus supposé fibromateux.

Enfin en mars 1900, accouchement prématuré sous le chloroforme à la reine. L'utérus non gravide s'est ramolli, mais pas de contraction ni de dilatation. Application de forceps dans l'excavation, à cause de la suppression des contractions. L'enfant pesait 2480 gr. Il est actuellement vivant et présente de l'*asymétrie faciale*.

Délivrance artificielle pour se rendre compte des rapports des deux utérus. On constata que les cols étaient unis en canons de fusil et non pas cloisonnés. Les corps étaient complétement indépendants.

Enfin en décembre dernier, la mère a été *opérée d'une tumeur au sein*.

Le docteur Maire nous a envoyé par lettre des renseignements complémentaires sur son observation.

Observation XLI

(*in extenso*)

(Professeur Treub, d'Amsterdam. — Grossesse double dans un utérus double)

En annonçant au secrétaire la communication que je vais avoir l'honneur de vous faire je croyais pouvoir commencer par dire qu'il s'agit d'un cas jusqu'ici unique dans la littérature. Quatre jours plus tard la *Semaine Médicale* me montra que mon observation, quoiqu'elle soit probablement unique quant aux détails, ne l'est pas quand au fond de la question.

Dans le numéro 12 de la *Semaine médicale* il se trouve en effet une analyse d'un travail russe de M. Novicov. En changeant un peu le commencement de l'analyse, on peut dire que M. Novicov relate trois observations dont deux sont probables et dont la dernière met en évidence la possibilité de l'imprégnation d'un second œuf dans le cas d'utérus double, alors que l'une des matrices se trouve déjà à l'état de gravidité.

Mon observation prouve d'abord aussi cette possibilité et comme par un hasard heureux elle est plus complète que celle de M. Novicov, elle me semble être intéressante à plus d'un titre.

Le 19 novembre de l'année passée une femme âgée de 34 ans, fut admise à la clinique. Elle a eu 7 enfants dont l'aîné à 7 ans ; le cadet 9 mois. Accouchements faciles, suites de couches normales. La femme croit être enceinte de 4 mois et demi, se plaint de vomissements et de maux de tête qu'elle n'a pas eus dans les grossesses précédentes. Dans ces dernières semaines douleurs diffuses dans le bas-ventre, depuis un essai d'avortement à l'aide d'injections vaginales à l'eau savonnée. Huit jours après cette tentative, elle a eu une perte de sang légère En dehors de ses grossesses elle était bien réglée depuis sa 18e année.

La menstruation, qui se faisait toutes les trois semaines, était assez profuse et douloureuse. Pendant les grossesses elle n'a jamais eu de pertes. Dans le ventre se trouvent deux tumeurs molles, à droite et à gauche de la ligne médiane, reliées vers en bas par une bande de

tissu large. Dans chaque tumeur il y a un contenu qui donne la sensation très nette de ballottement.

La tumeur gauche monte jusqu'à la hauteur de l'ombilic, la tumeur droite reste quatre travers de doigt plus bas.

Au milieu de la vulve on voit un prolapsus formé par un septum épais, quelque peu œdématié, qui sépare le vagin en deux moitiés égales. Les parois vulvaires gauches montrent des ulcérations superficielles (effet de l'eau savonnée) ; du vagin droit il sort un peu de sang.

Par le palper bimanuel on découvre *dans chaque vagin* un col absolument normal. Celui de gauche présente des déchirures multiples, celui de droite est celui d'une multipare. Le col gauche est fermé : le col droit laisse passer le doigt qui arrive sur le fœtus ballottant.

Les deux utérus sont absolument séparés et la membrane qui les relie est très peu résistante.

Quelques jours de repos au lit et l'administration d'opiacés font cesser les pertes de sang, d'ailleurs insignifiantes, et la femme quitte la clinique avec le conseil de revenir pour l'accouchement, conseil qu'elle ne suivit pas. Le 13 mars dernier, à minuit, la sage-femme me fait appeler. Le travail avait commencé, la poche des eaux était rompue.

La femme est transportée à la clinique.

Ventre distendu irrégulièrement, surtout vers les flancs. Les deux matrices sont facilement reconnaissables déjà à la vue.

L'utérus gauche va jusqu'au rebord costal, se penche par-dessus la crête iliaque et dépasse un peu la ligne médiane par sa partie inférieure.

L'utérus droit, plus petit et moins gonflé, monte jusqu'à deux ou trois travers de doigt du rebord costal, se penche beaucoup moins par dessus la crête iliaque et reste entièrement dans la moitié droite de l'abdomen. Des deux côtés on sent facilement un ligament rond très court. Entre les deux il reste une partie triangulaire plane, n'offrant pas de résistance à la pression. Le sommet du triangle se trouve à l'ombilic, sa base en haut.

Dans chaque utérus se trouve un enfant en présentation du sommet, dos à gauche. Tête gauche au-dessus de la symphyse ; tête droite tout à fait engagée.

Suintement du liquide amniotique du vagin droit ; à gauche un peu de mucosité laiteuse.

Par le toucher, je trouve la petite tête de droite engagée, profondément engagée. Poche des eaux rompue, col effacé, bords de l'orifice externe, mince, régulier et lisse, dilatation de 3 à 4 cent.

Par le vagin gauche il est impossible d'atteindre le col.

Le travail n'avance que très lentement et, en général, les contractions sont peu énergiques, ce qui nous donne l'occasion d'observer à loisir le jeu des contractions des deux matrices. Et ce jeu est très irrégulier. Tantôt un seul des utérus se contracte, soit le droit, soit le gauche et l'autre reste en repos. Tantôt quand la contraction de l'une des matrices est à son maximum, ou bien déjà plus tôt ou un peu plus tard, la seconde entre en contraction. Enfin, de temps à autre on observe une contraction simultanée des deux utérus.

La femme indique une différence de douleur selon l'utérus qui est en travail. Les contractions de la matrice droite se font sentir dans les reins, celles de la matrice gauche causent une douleur très gênante au dessus de la symphyse où se trouve la tête.

Le travail continue très lentement jusqu'au 17 mars. Ce jour-là à 11 heures du soir on m'avertit que les battements cardiaques du fœtus engagé diminuent. La femme est endormie. Dilatation de 6 cent. Dilatation par la méthode de Bonnaire, modifiée par mon élève Van Oodt (mains croisées). Forceps. Extraction facile d'un garçon de 2.030 gr., d'une longueur de 46 cent.

Le septum vaginal a une déchirure dans sa partie supérieure.

Suture à cause d'une petite artère qui donne.

Délivrance par la méthode de Crédé. Contraction parfaite de l'utérus.

Avant de remettre la femme au lit je fais l'exploration du vagin gauche..Dilatation de 2 à 3 centimètres, poche des eaux intacte, tête au dessus du détroit supérieur. Les jours suivants, les douleurs diminuent de plus en plus et la femme ne se plaint que des contractures douloureuses de l'utérus vide.

Le 19, plus de douleurs.

Point n'est besoin de vous signaler l'extrême rareté de mon observation. Pour être prudent, je ne dirai pas que la pareille n'existe pas, mais seulement que je ne la connais pas.

Mais à côté de sa valeur, peu grande en effet, comme curiosité elle donne occasion à quelques réflexions d'une portée plus générale.

La première m'est suggérée : que les contractions des deux utérus on donné lieu à une localisation différente de la douleur aperçue par la parturiente.

La douleur provenant de l'utérus droit se fait sentir de la manière ordinaire aux reins ; celle causée par la matrice gauche, au-dessus de la symphyse. Celle-ci se laisse aisément comprendre par la pression de la tête gauche contre la symphyse.

Comme cause de la douleur aux reins on a invoqué un reflux sanguin dans la moelle lombaire occasionnée par la contraction utérine. Cette explication m'a paru toujours manquer de tout fondement et je crois qu'il faut chercher la cause de la douleur aux reins dans le tiraillement du péritoine que donne la contraction de la matrice. Le fait est bien connu que dans nombre de maladies de l'appareil génital de la femme un des symptômes les plus fréquents et les plus désagréables pour la malade est la douleur aux reins. Pour Hégar de Fribourg, c'est un des « Leidenmarksymptôme », symptômes de la moelle lombaire. Comme pour les douleurs du travail, je doute beaucoup de cette explication pour les affections gynécologiques.

Il me semble que pour résoudre ce point, mon observation n'est pas sans importance. Si vraiment le reflux sanguin à la moelle lombaire était la cause des douleurs aux reins, pourquoi un des deux utérus seulement donnerait-il lieu à ce reflux, tandis que l'autre n'en fait rien ? En vérité, ce serait absolument incompréhensible.

Aussi me semble-t-il que l'hypothèse du reflux sanguin, hypothèse dont, si je ne me trompe pas, M. Woerth de Kiel est le père, est singulièrement infirmée pour ne pas dire devenue insoutenable par mon observation. Par contre, l'hypothèse qui cherche la source des douleurs aux reins dans le tiraillement du péritoine me paraît recevoir un soutien d'importance.

En second lieu, je me permets d'attirer votre attention sur l'indépendance relative des contractions des deux utérus. Constatons d'abord qu'il ne s'agit pas d'une indépendance absolue Car le fait qu'après la délivrance du premier utérus de son contenu, l'autre est revenu à un repos complet, prouve que c'est bien le travail

prématuré de l'utérus droit qui a mis en branle les éléments contractiles de la matrice gauche. Et cela n'est pas à nous étonner puisque nous savons comment les irritations de la vulve ou des seins sont aptes à faire naître des contractions utérines. Mais l'histoire de l'infidélité des succions de la mamelle comme moyen de procurer le travail prématuré prouve qu'il faut placer dans le même cadre que les succions, les contractions de la matrice droite comme cause des contractions de l'utérus gauche. Mais, à part ce connexus, les contractions des deux utérus furent bien nettement indépendantes. Or, ce fait ne se laisse pas expliquer si la cause ultime de chaque contraction doit être cherchée dans les centres nerveux. Il n'est pas possible de l'expliquer par un défaut de sensibilité temporaire, par fatigue nerveuse et musculaire tantôt d'un utérus, tantôt de l'autre. C'est impossible parce que le travail a été si lent et qu'il y eut de temps en temps des intermissions de plusieurs heures et aussi parce que les contractions n'alternèrent pas du tout avec si peu que ce soit de régularité.

Pour vous démontrer cela, je choisis quelques-unes des annotations faites par mon assistante, doctoresse Marie des Bouvrie.

17 Mars : de 2 h. 10 à 4 h. 13, alternativement contraction de l'utérus droit et des deux utérus.
— 4 h. 13, contraction isolée de l'utérus droit.
— 5 h. 15, — — de l'utérus gauche.
— 5 h. 20, — — de l'utérus droit.
— 6 h. — — de l'utérus droit.
— 6 h. 05, — des deux utérus.

La seule explication qui me semble possible est celle qui cherche la cause ultime de chaque contraction, sinon dans l'utérus lui-même, en tout cas dans des centres moteurs propres à la matrice et fonctionnant sans l'intervention des centres nerveux généraux. Puisqu'on n'a pas réussi à trouver des cellules nerveuses dans la paroi utérine, il faut regarder comme ce centre utérin automatique le plexus cervical, dont l'importance révélée pour l'utérus animal par les expériences de M. de Rein est rendu très probable par mon observation pour le fonctionnement de la matrice humaine.

Amsterdam, le 26 Juin 1902.

« Monsieur et très honoré confrère,

» Ci-joint je vous envoie le brouillon de ma communication à la Société obstétricale de France. Vous y trouverez la plupart des indications demandées.

» Le second accouchement a eu lieu le 6 avril et a été terminé par une application de forceps. Enfant du sexe masculin, longueur 48 centimètres, poids 3 160 grammes.

» Dans les accouchements antérieurs il y eut, selon la sage-femme, toujours présentation du sommet.

» Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

» TREUB. »

CONCLUSIONS

1° L'utérus didelphe est une variété d'utérus double constituée par deux utérus complètement distincts, munis chacun d'une trompe et d'un ovaire ;

2° Cette anomalie est plus fréquente qu'on ne le pense généralement.

3° Elle est due à un arrêt de développement.

Elle s'accompagne ou non de vagin double et peut coexister avec d'autres malformations.

4° La grossesse simple et gémellaire est possible.

Il peut y avoir superfétation dans l'utérus didelphe comme dans les autres variétés d'utérus double.

L'avortement et l'accouchement prématuré sont relativement plus fréquents que dans l'utérus normal. Lorsque la grossesse se répète dans le même utérus, il y a le plus souvent obstacle à la fécondation du côté opposé.

Dans les grossesses doubles l'indépendance dynamique des deux utérus paraît s'accentuer avec l'âge de la grossesse.

Sous l'influence de la grossesse l'utérus gravide accentue le plus souvent son inclinaison latérale et reporte son ligament rond au-devant de lui.

Mais, fait plus intéressant pendant la grossesse du premier utérus, le second, quand il n'est pas gravide, subit des modifications analogues à celles de son congénère. Il se produit, en effet, chez lui une certaine augmentation de volume due à l'agrandissement de sa cavité, à l'épaississement des parois musculaires et à l'hypertrophie de la muqueuse. De plus, son col se ramollit.

5° Généralement le travail est beaucoup plus lent, soit qu'il y ait insuffisance des contractions utérines, soit que l'utérus non gravide augmenté de volume (hématomètre) ou en rétroversion dans le petit bassin empêche l'engagement, soit que la cloison vaginale retarde l'expulsion quand il y a vagin double.

Dans le cas de grossesse double, le fœtus qui s'engage ne paraît pas gêner son frère. Il se produit une véritable ébauche de travail dans l'utérus vide ou gravide non parturient. Dans le second cas il peut ne pas aboutir; dans le premier il aboutit souvent à l'expulsion d'une caduque.

6° La délivrance est moins accidentée que dans les deux autres variétés d'utérus double. Rarement, en effet, on a l'occasion d'arrêter une hémorrhagie ou d'extraire un placenta qui ne se décolle pas.

7° Les suites de couches sont très souvent normales malgré les complications qui surgissent au moment du travail.

8° Sans être trop affirmatif, on peut dire que l'enfant issu d'un utérus didelphe paraît être assez souvent du sexe féminin, peser moins que la normale et présenter volontiers des malformations.

9° Outre les signes habituels de la grossesse, l'utérus

offre des sypmtômes particuliers. Souvent, en effet, le développement du ventre est latéral au lieu d'être médian comme dans la grossesse normale.

Le ligament rond prendrait, d'après Pfannenstiel, une situation et une direction spéciale en avant de l'utérus gravide.

Par le palper on sent à côté de l'utérus gravide une tumeur rappelant la forme d'un utérus. Le toucher fait sentir deux cols distincts séparés ou non par la cloison vaginale.

Le palper et le toucher combinés établissent les rapports des deux utérus entre eux.

10° Malgré cela, les erreurs de diagnostic ne sont pas rares.

11° Le pronostic est excellent pour la mère. Il est beaucoup moins bon pour l'enfant.

12° La conduite à tenir dans le cas de grossesse et d'accouchement dans l'utérus didelphe varie suivant le moment où l'on est appelé.

Mais c'est au moment du travail que le médecin doit le plus souvent intervenir.



Fig. I. — Utérus didelphe et vagin double.



Fig. II. — Utérus didelphe avec un vagin fermé.



Fig. III. — Utérus didelphe dont les deux cols sont accolés.



Fig. IV. — Utérus bicorne et vagin double.



Fig. V. — Utérus bicorne et col non cloisonné.



Fig. VI. — Utérus biloculaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1826. CASSAN. — Recherches sur l'utérus double et la superfétation. Thèse de Paris, n° 43.

1859. KÜSSMAUL. — Von dem Mangel, Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter. Wurtzburg.

1863. LE FORT. — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier. Thèse d'agrégation. Paris.

1872. OLIVIER. — *Gazette médicale de Paris*, p. 163.

1877. BENICKE. — *Zeits. f. Geb. und gyn.*, vol. I, p. 366.

1878. SOTSCHAWA. — *Moskovusk Med. Gaz.*, n° 25. Abst. in *Cent. f. Gyn.*, 1879, n° 6, p. 152.

1884. TOURNEUX et LEGAY. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin envisagé principalement chez le fœtus humain. *Journal de l'Anatomie et de Physiologie*, p. 330).

— LEGAY. — Développement de l'utérus jusqu'à la naissance. Thèse de Lille.

— DIRNER. — *Arch. f. Gyn.*, vol. XXII, p. 463.

1886. NEBIKOFF. — *Vratch*, n° 23, p. 423 et n° 25, p. 458. Résumée dans le répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie, 1887.

1887. VON ENGEL. — *Archiv. f. Gyn.*, vol. XXII, p. 463.

— STRAUCH. — *Centralblatt f. Gynäkologie*, p. 684.

1888. KIDERLEM. — *Zeits f. Geb. und Gyn.*, p. 17.

— LAS CASAS DOS SANTOS. — *Zeits f. Geb. und Gyn.*, vol. XIV, p. 167.

— TAUFFER. — *Centralblatt für Gynäkologie*, p. 236.

1890. ALTHEN. — Grossesse dans les deux utérus dans un cas de duplicité des organes génitaux. Utérus septus double et vagin double. In *Centralblatt für Gynakologie*, p. 711.

1893. ROSSA. — In *Centralblatt f. Gynäkologie*, p. 623.

— HOLZABFEL. — *Centralblatt f. Gyn.*, p. 873.

— SOLMAN. — Utérus didelphe. Grossesse. Medycyna, n° 3 et 6. In *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, p. 509.

1894. VON DITTER. — *Centralblatt f. Gyn.*

— SIMON. — *Centralbatt f. Gyn.*, p. 1313

1895. TSCHUDY. — *Arch. f. Gyn*, vol. XLIX, p. 471.

— GILES. — Transaction of the obst. Society of London, tom. XXXVII, p. 301.

— ROSSIER. — *Revu médicale de la Suisse romande*, n° 3, p. 159. Société vaudoise de médecine.

— PFANNEASTIC (Breslau). — Grossesse de l'utérus didelphe (*Centralblatt*, p. 322).

— SPPRIG. - Une observation d'utérus et vagin double. *The american journal of the obstetric*, juillet.

1896. AMEISS. — A case of uterus didelphe and vagina duplex. *American journal of obstetric*.

— TULHOLSKE. — (Ibidem) grossesse à terme.

— BÄCHKER. — *Centralblatt*, p. 883.

— WENDLING. — Uterus didelphys. Wiederholte Hämatometra des einen Uterus mit Hamatocolpos und zweitmalige Graviditas des zweiten Uterus (*Wiener Klinische Wochenscrift*, n° 2).

— MACKENRODT. — Démonstration d'une préparation d'utérus didelphe (*Centralblatt*, p. 810).

1897. CHERON.— De l'utérus didelphe considéré principalement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. L'obstétrique, 1897, p. 117.

1897. SPITZER. — Ein Fall von uterus didelphys unt gravidität (*Wiener Klinische Wochenscrift*, n° 14).

— MEIBER. — *Centralblatt f. Gyn.*, page 1304.

— O. BERNHANET. — Utérus didelphe séparé avec vagin double. Stérilité. (*Cent. f. Gyn.*, page 1464).

1898. SARV WELT KAKES. — Utérus didelphe, grossesse. (*New-York médical journal*, page 918).

1898. PLATON. — Utérus double et grossesse. (Congrès périodique d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Marseille, page 428.

1899. OKER BLOM. — Uterus duplex separatus chez une multipare. (*Centralblatt*, page 1075).

— BALINE. — Un cas de grossesse dans un utérus (didelphe) avec un vagin double. (*Vratch*, n° 22).

— LORENZ. — Grossesse dans un cas d'utérus didelphe et de vagin double. (*Centralblatt f. Gyn.*, page 1076).

— FÉRENCZI. — Utérus didelphe et grossesse. (*Med. Ungar Presse*, et *Centralblatt*, 1900, page 1025).

1900. BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Utérus didelphe et vagin double. (*Annales de Gynécologie*, page 624).

— NIKOLIÉ. — Uterus duplex separatus avec grossesse dans l'utérus droit et avortement au troisième mois. (*Centralblatt*, page 97).

— GROSS. — Thèse de Nancy, n° 41.

1901. LE MAITRE. — De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines. (Thèse Paris, n° 350).

1902. STAVELY. — *American journal of obstetric*, janvier, page 56.

— MAIRE (de Vichy). — Utérus double. Grossesse simple dans chaque utérus. Avortement pour l'un, accouchement prématuré pour l'autre. (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 16 janvier 1902, p. 25).

— TREUB (d'Amsterdam). — Grossesse double dans un utérus double. (Communiqué le 3 avril 1902 à la Société obstétricale de France, résumé dans l'*Obstétrique*, page 211).

— REYNÈS. — Utérus didelphe et vagin double. Grossesse. Suites de couches. (Communiqué à la Société obstétricale de France, le 3 juillet 1902).

— BAR. — Grossesse et accouchement dans un cas d'utérus didelphe. (Communiqué à la Société obstétricale de France, le 3 juillet 1902).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !